

# TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI

## FAKULTA PEDAGOGICKÁ

Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

**Studijní program: Sociální práce**

**Studijní obor: Penitenciární péče**

**Kód oboru: 7502R023**

**Název bakalářské práce:**

**PRÁVNÍ POSTAVENÍ DUŠEVNĚ CHORÝCH V ČR**

***THE LEGAL CAPACITY OF THE MENTAL PATIENTS IN THE CZECH  
REPUBLIC***

**Autor:**

Jan Kovář  
Brněnská 2577  
470 01 Česká Lípa

**Podpis autora:** \_\_\_\_\_

**Vedoucí práce:** Mgr. Kateřina Sýkorová.

**Počet:**

stran	obrázků	tabulek	grafů	zdrojů	příloh
57	0	0	0	43	1 + 1 CD

CD obsahuje **celé** znění bakalářské práce.

V Liberci dne: 30. 4. 2008

# TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI

## FAKULTA PEDAGOGICKÁ

Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

### ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

**Jméno a příjmení:** Jan Kovář  
**Adresa:** Brněnská 2577, 470 06 Česká Lípa

**Studijní program:** Sociální práce  
**Studijní obor:** Penitenciární péče  
**Kód oboru:** 7502R023

**Název práce:** PRÁVNÍ POSTAVENÍ DUŠEVNĚ CHORÝCH V ČR  
**Název práce v angličtině:** THE LEGAL CAPACITY OF THE MENTAL PATIENTS IN THE CZECH REPUBLIC

**Vedoucí práce:** Mgr. Kateřina Sýkorová.

**Termín odevzdání práce:** 30. 04. 2008

Bakalářská práce musí splňovat požadavky pro udělení akademického titulu „bakalář“ (Bc.).

.....  
vedoucí bakalářské práce

.....  
děkan FP TUL

.....  
vedoucí katedry

Zadání převzal (student): Jan Kovář

Datum: 16. 02. 2007

Podpis studenta: .....

## **Prohlášení**

Byl(a) jsem seznámen(a) s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědom(a) povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracoval(a) samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím bakalářské práce a konzultantem.

V Liberci dne: 30. 4. 2008

Podpis: .....

## **Poděkování**

Děkuji paní Mgr. Kateřině Sýkorové za odborné vedení, obětavou pomoc a cenné rady při zpracování diplomové práce. Dále bych chtěl poděkovat své manželce Janě, za obrovskou trpělivost a neutuchající snahu mě podporovat.

**Název bakalářské práce:** Právní postavení duševně chorých v ČR

**Název bakalářské práce:** The legal capacity of the mental patients in the Czech Republic

**Jméno a příjmení autora:** Jan Kovář

**Akademický rok odevzdání bakalářské práce:** 2007/2008

**Vedoucí bakalářské práce:** Mgr. Kateřina Sýkorová

## **Resumé**

Bakalářská práce se zabývala problematikou právního postavení duševně nemocných v platné legislativě České republiky, respektive zmapováním právního postavení těchto osob a zjištěním, zda jsou duševně nemocní nějak ve svých právech omezeni, či znevýhodněni. Práce vycházela z prostudování dostupných materiálů, týkajících se této problematiky a z vyhodnocení získaných poznatků. Práce je rozdělena do tří základních částí.

První teoretická část se věnovala vysvětlení základních pojmů, které jsou spjaty s řešením problematiky, co je ve společnosti považováno za normu a co za odchylku.

Druhá část práce se zabývala duševními nemocemi, jejich etiologií a obsahuje jednotlivé kategorie duševních nemocí dle desáté revize Mezinárodní klasifikace nemocí, která je užívána v České republice od roku 1993.

Třetí část práce byla věnována ochraně lidských práv v obecné rovině, dále pak ochraně lidských práv v mezinárodním měřítku a taktéž ochraně lidských práv v České republice. Dále se třetí část zabývala právním postavením duševně nemocných a soudním významem jednotlivých poruch z hlediska práva trestního, občanského, rodinného a pracovního.

Po prostudování a sumarizaci výsledků získaných z dostupné literatury bylo zjištěno, že právní postavení duševně nemocných v legislativě České republiky je upraveno a zohledněno. Duševně nemocní nejsou ve svých právech omezováni a mají stejná práva jako jiní občané našeho státu. V případě, že nejsou schopni tato práva v důsledku svého onemocnění sami prosazovat a hájit, je jim určen opatrovník, který jejich úlohu v soudním řízení zastane. V neposlední řadě je jejich rovnoprávné postavení zabezpečeno nestranným a objektivním posouzením duševního stavu znalcem z oboru psychiatrie.

## **Klíčová slova**

Destigmatizace, duševní nemoc, duševní porucha, duševní zdraví, lidská práva, norma, normalita, soudní psychiatrie, stigma, symptom, syndrom, znalecký posudek.

## **Summary**

The Bachelor work has considered the problem of legal status of insane people in valid legislation of the Czech republic. As well as mapping the legal status of such people and finding the fact whether the insane people's rights are restricted or handicapped in any way. The work has been formed of studying the available material considering the problem mentioned above, and also evaluation of acquired knowledge. The work is divided into three main bodies.

The first part, theoretical, is focused on explanation of the basic terms adherented to answering the question of „What is a norm in the society and what is considered to be abnormality?“

The second part deals with insanity, its symptoms, syndromes and etiology. It consists of individual classification (categories) of insanity according to the 10<sup>th</sup> Audit of the International illness classification which has been used in the Czech republic since 1993.

The third part is based on general protection of human rights, international protection of human rights as well as protection of human rights in the Czech republic. The final part also considered the legal status of insane people and juridical importance of each disorder in a view of a criminal, civil, family and labour law.

Summary and careful study of issues gained from available literature leads to the fact that legal status of insane people in the Czech legislation is adjusted and taken into account. Insane people are not restricted in their rights and they have the same rights as other citizens of the Czech republic. It was also discovered that in case of inability to enforce and defend one's law individually there is a trustee established for such people who can supply the required act at the process. There is also an expert of psychiatry to pass impartial and objective judgment on equal position of insane people.

## **Keywords**

Destigmatisation, mental illness, insanity, sanity, human rights, norm, normality, forensic psychiatry, stigma, symptom, syndrome, expert opinion.

## **OBSAH:**

<b>Úvod.....</b>	<b>9</b>
<b>1 Vymezení základních pojmů .....</b>	<b>10</b>
<b>2 Pojetí normy a normality.....</b>	<b>10</b>
2.1 Statistické pojetí normality.....	12
2.2 Funkční pojetí normality .....	13
2.3 Sociokulturní pojetí normality .....	13
2.3.1 Skupinová norma.....	13
2.3.2 Norma jako ideál .....	14
2.3.3 Individuální, subjektivní pojetí normy .....	14
2.4 Vymezení normality .....	15
2.5 Shrnutí .....	15
<b>3 Duševní zdraví .....</b>	<b>16</b>
3.1 Duševní norma a veřejnost .....	17
3.2 Odhad člověka nepsychologem.....	18
<b>4 Duševní nemoc (duševní porucha).....</b>	<b>19</b>
4.1 Etiologie duševních nemocí (poruch) .....	20
4.1.1 Etiologický činitel je známý.....	21
4.1.2 Duševní porucha je vyvolána společně více činiteli .....	21
4.1.3 Etiologický činitel je neznámý .....	21
4.1.4 Shrnutí .....	21
4.2 Symptomy a syndromy duševních nemocí.....	22
4.3 Klasifikace duševních nemocí.....	25
4.3.1 Současné psychiatrické klasifikační systémy.....	25
4.3.2 Klasifikace duševních nemocí podle MKN-10 .....	26
4.3.2.1 Organické duševní poruchy, včetně symptomatických (F00-F09) .....	27
4.3.2.2 Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané užíváním psychoaktivních látek (F10-F19) .....	27
4.3.2.3 Schizofrenie, schizotypní poruchy a poruchy s bludy (F20-F29) .....	27
4.3.2.4 Poruchy nálady – afektivní poruchy (F30-F39) .....	29
4.3.2.5 Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy (F40-F49) .....	29
4.3.2.6 Behaviorální syndromy spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory (F50-F59).....	30

4.3.2.7 Poruchy osobnosti a chování u dospělých (F60-F69) .....	30
4.3.2.8 Mentální retardace (F70-F79) .....	30
4.3.2.9 Poruchy psychického vývoje (F80-F89) .....	31
4.3.2.10 Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v adolescenci (F90-F98) .....	31
4.4 Stigmatizace duševně nemocných.....	31
4.4.1 Exkurz do historie .....	31
4.4.2 Stigma duševní nemoci .....	32
4.4.3 Důsledky stigmatizace.....	34
4.4.4 Jak se stigmatu bránit? .....	34
4.4.4.1 Destigmatizace .....	37
<b>5 Právní postavení duševně nemocných .....</b>	<b>37</b>
5.1 Ochrana lidských práv.....	39
5.1.1 Historie ochrany lidských práv .....	39
5.1.2 Mezinárodněprávní ochrana lidských práv .....	40
5.1.3 Ochrana lidských práv v České republice .....	41
5.1.3.1 Nevládní neziskové organizace a ochrana práv .....	42
5.1.3.2 Veřejný ochránce práv .....	42
5.2 Trestní právo ve vztahu k duševně nemocným .....	43
5.3 Občanské právo ve vztahu k duševně nemocným.....	46
5.4 Rodinné právo ve vztahu k duševně nemocným.....	47
5.5 Postavení duševně nemocných v pracovním právu.....	47
5.6 Hospitalizace bez souhlasu duševně nemocného .....	48
<b>5.7 Soudní psychiatrie .....</b>	<b>49</b>
<b>6 Shrnutí.....</b>	<b>50</b>
<b>7 Závěr.....</b>	<b>52</b>
<b>8 Navrhované opatření.....</b>	<b>53</b>
<b>9 Seznam použitých zdrojů.....</b>	<b>54</b>
<b>10 Seznam příloh .....</b>	<b>57</b>



# Úvod

Tématem mé bakalářské práce je „*Právní postavení duševně chorých*.“ Proč jsem si zvolil toto téma? Stigma duševní nemoci je označení pro takové osoby nebo pro jejich vlastnosti, které se nápadně liší od ostatních lidí. Zdrojem tohoto stigmatu jsou obavy a předsudky lidí, kteří takto duševně nemocné vidí či hodnotí. Stigma dokonce může vést k diskriminaci a později až k izolaci duševně nemocných. Taktéž způsobuje to, že na tyto osoby si lidé vytváří jakési „pokřivené názory“, které snižují možnost rehabilitace takto postižených osob. Vezmeme-li v úvahu toto stigma, nízké povědomí veřejnosti a státních institucí o existujících problémech duševně nemocných, lze konstatovat, že práva a potřeby těchto občanů *mohou být* jen velmi okrajově zohledněny v platných či připravovaných návrzích zákonů. Cílem mé práce bude tedy zmapovat právní postavení duševně nemocných a zjistit, zda-li jsou v České republice nějak znevýhodněni (persekuce právem) a zda-li je legislativou České republiky dostatečně upraveno právní postavení těchto osob ve všech možných oblastech veřejného života.

Metodou k dosažení stanoveného cíle pak bude studium materiálů, týkajících se této problematiky, zhodnocení získaných poznatků a později jejich sumarizace, kdy výstupem bude zpracování výsledků v písemné podobě.

Svou bakalářskou práci jsem rozdělil do tří hlavních částí. V první části se zaměřuji na vysvětlení základních pojmů, které jsou spjaté s řešením dané problematiky. Jedná se o pojmy norma, společenské normy, normalita osobnosti a její pojetí, odchylka od normy a duševní zdraví.

Celá druhá část mé práce je věnována pojmu duševní nemoc, etiologii duševních nemocí a vybraným kategoriím duševních nemocí dle desáté revize Mezinárodní klasifikace nemocí, která se snaží o sjednocení evropského a amerického pohledu na duševní poruchy. V České republice vstoupila v platnost na základě rozhodnutí Ministerstva zdravotnictví České republiky v roce 1993. Dále se v této kapitole čtenář setká s pojmy jako např. stigmatizace duševně nemocných, destigmatizace apod.

V poslední, třetí kapitole mé práce, se zabývám ochranou lidských práv v obecné rovině. Také se zde věnuji ochraně lidských práv v mezinárodním měřítku a samostatně pak ochraně lidských práv v České republice. Taktéž se zde čtenář setká s právním postavením duševně nemocných a soudním významem jednotlivých poruch z hlediska práva trestního, občanského, rodinného a pracovního.

V závěru úvodu bych chtěl upozornit na důležitý fakt, že má práce je určena okruhu čtenářů, který je již alespoň částečně znalý problematiky duševně nemocných.

## 1 Vymezení základních pojmů

Hned v začátku nejprve čtenáře seznámím se základními pojmy, se kterými se v mé práci setká, a které jej budou provázet prakticky celým textem. Jedná se tedy o pojmy - *norma*, *normalita*, *duševní zdraví*, *duševní nemoc*, *duševní porucha*, *stigma*, *destigmatizace*, *symptom*, *syndrom*, *lidská práva*, *soudní psychiatrie*, *znalecký posudek*.

Výše prezentovaným pojmům se v této kapitole více věnovat nebudu. Jejich význam bude náležitě objasněn v dané konkrétní kapitole, ve které se některý z těchto pojmů vyskytne.

## 2 Pojetí normy a normality

Již v úvodu jsem se zmínil o rozdělení mé práce do tří hlavních částí. Kapitolou „*Pojetí normy a normality*“ začíná první část. Prioritou, neboli hlavním cílem, této kapitoly je stanovení si toho, co budu považovat v mé práci za normu. Dalším, neméně důležitým cílem, je vysvětlení základních pojmů, se kterými se v první části čtenář setká. Celá první část je rozdělena do několika dílčích kapitol, které souvisí s pojmy *norma* a *normalita*. Nejdůležitější postřehy z první části jsou pak zaznamenány v kapitole s názvem „*Shrnutí*“.

Každá společnost je založena na normativním řádu, de facto se jedná o skupinu norem, předpisů, které se vztahují k lidskému chování. Na relativním dodržování těchto norem a předpisů je pak založena existence samotné společnosti. Každý jedinec nacházející se v dané společnosti, který dodržuje tyto normy a předpisy, je konformní, tedy jinými slovy „normální“.

Jak ale rozlišit, jaké chování je ve společnosti normální a jaké je již odchylkou a jak tedy definovat normalitu?

Pokud bychom chtěli zodpovědět tuto otázku, museli bychom přesně vymežit *psychickou normalitu*. To však není tak jednoduché, jak by se mohlo neznalým tohoto problému zdát. Jedním z aspektů složitosti vymezení pojmu psychická normalita je ten, že se při něm uplatňuje řada hledisek, mezi nimi např. historická, kulturní aj.

Dalším aspektem je nejednotně pojatý výzkum. V rámci tohoto výzkumu vznikly srovnávací kulturní studie u přírodně žijících národů, etnických skupin i populací západních kultur a taktéž experimentální studie psychopatologických projevů.

V současnosti je v psychopatologii norma zjišťována:<sup>1</sup>

- subjektivně – vlastním odhadem jedince,
- sociálně – názorem sociálního okolí,
- z hlediska psychiatrické diagnózy – tedy přítomností či nepřítomností psychopatologických symptomů,
- statisticky – tj. kvantitativní odchylkou od statické normy,
- funkčně – podle projevů, jednání člověka v dané situaci.

Při úvahách o normalitě vychází medicína v současné době často z definice choroby. Psychiatrie považuje za nutné, aby se držela oblasti, kde se pohybuje na pevných základech, tedy v oblasti definované alterace, poruchy, nemoci.

Při vymezování pojmu „abnormální“ jako „vzdálený od normy“ medicína vychází:

- z odchylky od statistické normy,
- z odchylky od sociální normy,
- z nepříznivého vlivu na jedince nebo na společnost (maladaptivní chování),
- ze subjektivního pocitu strádání.

V závěru této kapitoly ještě uvedu základní kritéria pro orientační posouzení normality. Jsou to čtyři kritéria a podle nich lze předběžně posoudit normalitu. Kritéria byla vypracována v policejní psychologii, ale já osobně se domnívám, že je lze s úspěchem aplikovat i v běžném životě.

Čtyři základní kritéria pro orientační posouzení normality jsou:<sup>2</sup>

- nápadná dezintegrace osobnosti (výrazné zvláštnosti ve struktuře osobnosti, projevující se situačně nepřiměřeným chováním),
- příznaky sociální závislosti či obtížnosti (s dosažením určitého věku se stává člověk sociálně samostatný a je schopen se nějakým způsobem uplatnit, problémy v tomto uplatnění mohou někdy signalizovat odchýlení od normality),
- obvyklost chování ve statickém slova smyslu (za normální projev je považováno takové chování, které lze nalézt u většiny lidí – tzn. to, co je časté, běžné a tudíž ve statickém slova smyslu průměrné),

---

<sup>1</sup> SVOBODA, M. *Psychopatologie a psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2006. s. 26.

<sup>2</sup> ČÍRTKOVÁ, L. *Policejní psychologie*. 2. vyd. Praha: Support, 1996. s. 95.

- běžnost zjištěných projevů chování z hlediska odpovídající sociální skupiny (při orientačním posouzení je třeba přihlížet k věku a také k profesi posuzovaného a v neposlední řadě i k sociálnímu prostředí, ve kterém žije).

Tato kritéria dokládají určitou pružnost. Jde o přiměřenou profesionální toleranci vůči neobvyklým způsobům chování. Při předběžném posouzení normality tato kritéria nevedou k omezování a poškozování druhých.

Normalitu lze pojmut v několika různých rovinách. Při jejím určování hrají důležitou roli různé faktory, které tato různá pojetí normality ovlivňují. V následujících kapitolách se tedy věnuji třem základním dimenzím pojetí normality.

## **2.1 Statistické pojetí normality**

Statistické pojetí normy a normality užíváme v takových případech, ve kterých lze psychický projev nějak číselně vyjádřit. Základem tohoto pojetí je stanovení průměrné hodnoty, jakéhosi středu, od kterého se jiné hodnoty liší – vzdalují se a určují tak odchylku. Ke stanovení průměrné hodnoty (středu) je pak zapotřebí nějaká skupina – *vzorek*, kde existuje variabilita. V tomto pojetí normality se za normální považuje to, co je nejvíce časté. Toto tvrzení má své opodstatnění, neboť zdravé a pravidelné ve společnosti převládá. Jevy méně časté, vzdálené od průměru, jsou pak považovány za nenormální, čili patologické.

Předností této koncepce je relativní objektivnost a exaktnost. Ale i zde lze sledovat určitý nedostatek a někdy může dojít i ke zkreslení. Například nadprůměrně inteligentní lidé, kteří tvoří velmi malou část populace, by byli z hlediska tohoto pojetí „nenormální“.

Nebo jinak, jestliže bude v nějaké populaci četnost určitého znaku hodně velká, mohl by být tento projev hodnocen jako normální, bez ohledu na jeho kvalitativní charakteristiku. Agresivní projevy se nestávají normou jen proto, že jsou čím dál častější.<sup>3</sup>

Základním ukazatelem, který určuje normu nějaké schopnosti či vlastnosti ve vzorku je *průměr* a *odchylka* od tohoto průměru, kdy průměr je v tomto případě vyjádřen nejčastější hodnotou sledované vlastnosti. Norma se tedy ztotožňuje s průměrem neboli s hodnotami s největší četností. Míra variability sledované vlastnosti je určena směrodatnou odchylkou. Velikost této odchylky je závislá na četnosti možných variant sledované vlastnosti. Lze tedy říci, že čím větší je variabilita určité vlastnosti, tím širší je i pásmo normy.<sup>4</sup>

---

<sup>3</sup> VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 2. vyd. Praha: Portál, 2000. s. 20.

<sup>4</sup> VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 2. vyd. Praha: Portál, 2000. s. 19.

Příkladem by opět mohla být již zmiňovaná inteligence. V tomto případě je v každé společnosti stanoven určitý inteligenční průměr. Od toho průměru jsou pak stanovovány odchylky.

## **2.2 Funkční pojetí normality**

Základní tezí této koncepce (tohoto pojetí normality) je tvrzení, že určitý systém plní správně svou funkci. Za normální je tedy považováno to, co umožňuje správné fungování konkrétní osoby. Hlavním problémem tohoto pojetí normality je otázka, co je optimální fungování a jak toto optimální fungování vymezit. Tato otázka zůstává pořád ještě nezodpovězená.

Pro názornost tohoto pojetí normality uvádím příklad:

*„Zjistí-li lékař dlouhodobě větší nepravidelnost tepové frekvence nebo vylučovací činnosti ledvin, označí činnost tohoto orgánu za nenormální (patologickou) ne proto, že je hodně či málo častá, ale proto, že zná správný chod této funkce, její účel a poslání.“<sup>5</sup>*

Takové pojetí normality v oblasti duševní je však více než problematické.

## **2.3 Sociokulturní pojetí normality**

V tomto případě je za normální považováno to, co je v konkrétní společnosti obvyklé. Norma je tedy vázána na určitá *společenská kritéria a hodnoty*, která stanovují to, co je normální a to ve vztahu k tradici.

V dnešní době hrají při vymezení normality značnou úlohu i média. Dokonce můžeme hovořit o *mediální normě*. Tato norma se stává jakýmsi vzorem toho, co je opakováno a co je často médií prezentováno jako žádoucí nebo standardní.<sup>6</sup>

Následující kapitoly jsou věnovány *normě*. Pokusím se vystihnout podstatu normy, pojednat o skupinové normě, normě jako ideálu a dále zde uvedu dvě základní možnosti pojetí normy.

### **2.3.1 Skupinová norma**

Norma je závislá na konkrétním sociálním kontextu. Různé *sociální skupiny* ve společnosti si své normy, ideály a pojetí abnormality vymezují generačně, profesně, etnicky,

---

<sup>5</sup> Srov. SVOBODA, M. *Psychopatologie a psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2006. s. 82.

<sup>6</sup> Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 2. vyd. Praha: Portál, 2000. s. 20.

náboženskou příslušností, zdravotním postižením, sdílením určité specifické zkušenosti apod. Skupinově specifická kritéria umožňují základní orientaci a jemnější diferenciaci v rámci podskupiny, kterou by jinak srovnání s majoritní společností vytěsnilo na okraj, protože by jejích norem nemohla dosáhnout. Tyto skupinové normy vedou skupinu k určité izolaci.

Z tohoto důvodu může docházet k problémům adaptace (akulturace) jedinců z minoritního etnika na normu majoritní společnosti. Příkladem může být rómská minorita se svými odlišnými normami a jiným stylem života, uprchlíci, kteří přicházejí z jiného sociokulturního prostředí apod.<sup>7</sup>

### **2.3.2 Norma jako ideál**

Toto pojetí normy se nevztahuje k představě průměrného jedince, ale opírá se o vlastnosti, které jsou připisovány ideálu určité doby. Lze hovořit o vytvoření ideálního modelu, jehož kritériem je dokonalost nebo optimální stav. Nutno však podotknout, že z tohoto hlediska by nebyl žádný jedinec normální. Taková představa je v rozporu s procesem vývoje každého jedince a s postupným utvářením jeho osobnosti.

Představa o člověku, který se vždy výborně přizpůsobuje, který zvládá všechny situace s nadhledem bez jakýchkoliv „negativních“ stavů (úzkost aj.), který si zvolí vždy tu nejlepší strategii vhodnou k vyřešení určitého problému a konečně představa člověka bezchybně fungujícího (bez pochybností, bez vnitřních konfliktů) v těch nejtěžších situacích, je představou „nelidské abnormální normality“.

### **2.3.3 Individuální, subjektivní pojetí normy**

Individuální, subjektivní pojetí normy je vlastně pojetím normy na základě naší jedinečné životní zkušenosti a okolností, do nichž jsme se narodili a v nichž jsme vyrůstali. Jinými slovy jde o pojetí normy z individuálního pohledu každého jedince. Při tom zákonitě vznikají určité rozdíly. Tyto rozdíly v pojetí normality odrážejí následující faktory např. osobnostní vlastnosti jedince, jeho individuální zkušenost, v některých případech i situační působení určitých aktuálních vlivů. Individuální, subjektivní pojetí normy je závislé i na dalších faktorech. Mezi ně řadíme intelektovou úroveň jedince, jeho informovanost a schopnost adekvátně chápat realitu.

---

<sup>7</sup> VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 2. vyd. Praha: Portál, 2000. s. 21.

## 2.4 Vymezení normality

Stanovit jednoznačně hranice duševní normality není snadnou záležitostí. Je třeba si uvědomit, že to, co je normální, bývá často závislé na pojetí normality, které může být u některých hraničních a nevýrazných jevů poplatné době a přístupu společnosti.<sup>8</sup>

Kritéria pro určování normality se v průběhu vývoje v každé společnosti mění. Hodnotový systém a jeho proměna je vázána na změny, k nimž v každé společnosti dochází. To je způsobeno vlivem vnějších faktorů a vnitřní dynamiky. Tento zákonitý vývoj se např. projevuje změnou tolerance k určitým projevům, které nejsou společností řazené mezi abnormality. Vzhledem k těmto skutečnostem je zřejmé, že v pojetí normality hraje významnou úlohu *časový faktor*. S vymezením normality úzce souvisí i tzv. *normativní řád*. Pojem *normativní řád*, na kterém je založeno každé lidské společenství je blíže popsán v kapitole č. 5. a proto se k němu dále vyjadřovat nebudu.

Vymezení normality je ovlivněno i vyspělostí společnosti. To znamená, že ve společnosti, která je méně vyspělá, se některé jevy vymykají chápání a to z důvodu neznalosti těchto jevů. Proto tyto jevy mohou být někdy považovány za abnormální. *V takových případech převažuje emoční složka postoje a neznámé je odmítáno, protože vyvolává strach a nejistotu.*<sup>9</sup>

## 2.5 Shrnutí

Z předešlých kapitol je zřejmé, že normu můžeme chápat statisticky, funkčně nebo sociokulturně. Vymezení normy jako takové je obtížný a nejednoznačný proces. Nezřídka kdy se odchylka od normy může stát pozitivní nebo neutrální. Vymezení přesné hranice mezi normou a abnormalitou můžeme nazvat jakým si kontinuem. Jeho vymezení závisí na mnoha faktorech, mimo jiné na aktuální úrovni dané společnosti. Vyvíjí se v čase a nemá konečnou platnost.

I Nakonečný potvrzuje, že pojem normy je mnohoznačný, zahrnuje řadu hledisek, poukazuje k pojmu psychické zdraví, ale není možné zatím stanovit jeho obsah a podmínky.<sup>10</sup>

Můj osobní názor se s tímto tvrzením ztotožňuje. Posouzení normality je složitým procesem, který nezřídka kdy probíhá v dlouhém časovém intervalu a přes různé mezičlánky. Pro laika je velmi obtížné rozpoznat duševní nemoc, např. schizofrenii. Proto posuzování

---

<sup>8</sup> ČÍRTKOVÁ, L. *Policejní psychologie*. 2. vyd. Praha: Support, 1996. s. 93.

<sup>9</sup> VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 2. vyd. Praha: Portál, 2000. s. 22.

<sup>10</sup> NAKONEČNÝ, M. *Lexikon psychologie*. 1. vyd. Praha: Printo, 1995. s. 236.

normality provádějí kvalifikovaní odborníci, kteří při tom využívají osvědčených postupů, kritérií a hledisek.

V mé práci budu vycházet z normy, která se vztahuje k tomu, co je ve společnosti *obvyklé*, co je vázáno na platná společenská kritéria a hodnoty. Tato kritéria pak stanoví, co je ve společnosti normální.

### 3 Duševní zdraví

S pojmem normalita je velice úzce spojen pojem *duševní zdraví*, proto se jím budu dále podrobně zabývat. Nestačí si myslet, že duševní zdraví lze vysvětlit jako nepřítomnost nemoci.

Syřišťová duševní zdraví vysvětluje následujícím způsobem: „Duševní zdraví lze definovat jako stav, kdy všechny duševní pochody probíhají optimálním způsobem, harmonicky, umožňují správně odrážet zevní realitu, přiměřeně a pohotově reagovat na všechny podněty a řešit běžně i nenadálé úkoly, stále se zdokonalovat a mít pocit uspokojení ze své činnosti. To předpokládá optimální funkci centrálního nervového systému i celého organismu.“<sup>11</sup>

Duševní zdraví lze pojmut jako faktor, který ovlivňuje každodenní život v rodině, ve škole, na pracovišti i ve volném čase. Jestliže se vyskytnou duševní potíže, mohou negativně ovlivnit kvalitu života postižených lidí i jejich rodin. Dále tyto potíže negativně působí i v samotné společnosti, protože společnost vynakládá značné finanční prostředky v léčbě takto postižených lidí.

Ale vraťme se ještě k pojmu duševní zdraví. Pojem duševní zdraví je prezentován několika různými způsoby, a proto jeho vysvětlení do současné doby ujednoceno. Taktéž vnímání duševního zdraví jednotlivcem může být odlišné od názorů okolí. Dle subjektivního názoru můžeme na některé situace reagovat normálně, avšak okolí se s naším názorem nemusí ztotožňovat a může jej považovat za nenormální projev. Čím je duševní zdraví člověka stabilnější a kvalitnější, tím lépe se ve společnosti člověk adaptuje.

Z hlediska psychologického a psychopatologického lze duševní zdraví vymezit následujícími kritérii:<sup>12</sup>

- subjektivní uspokojení,
- schopnost správného sebehodnocení,

---

<sup>11</sup> SYŘIŠŤOVÁ, E., *Normalita osobnosti*. Praha: Avicem, 1972. s. 54.

<sup>12</sup> SVOBODA, M. *Psychopatologie a psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2006. s. 34.



- pocit identity,
- schopnost seberealizace,
- autonomie, nezávislost, sebeurčení,
- integrace osobnosti,
- rezistence ke stresu, tolerance k úzkosti,
- adekvátní percepce reality,
- schopnost přežít,
- sociální adaptace.

Výše prezentované lze velmi jednoduše shrnout větou, která říká, že duševní zdraví je důležitou součástí celkového zdraví člověka. Takto lze vyjádřit stav osobní pohody (spokojenosti) člověka. V takovém stavu je pak člověk schopný naplnit a uplatnit své individuální schopnosti a taktéž je schopen zvládat každodenní životní zátěž a stres.

Ochrana a podpora dobrého duševního zdraví se v současné době stává prioritou české společnosti a taktéž prioritou Evropské unie. Evropská unie v současné době zvažuje přijetí strategie duševního zdraví. Hlavními cíli strategie Evropské unie v oblasti duševního zdraví jsou: preventivní opatření, péče a léčba, řešení problému stigmatizace a diskriminace osob s duševními poruchami, zlepšení informovanosti a znalostí. Za klíčová opatření lze dále považovat například rozvoj rodičovských schopností, podporu účasti zaměstnanců na rozhodování, podporu sociálních sítí a prosazování sociálního začleňování, lidských práv a lidské důstojnosti.<sup>13</sup>

### **3.1 Duševní norma a veřejnost**

V předešlé kapitole jsem hovořil o duševním zdraví. Vysvětlil jsem, že duševní zdraví je důležitým faktorem, který ovlivňuje kvalitu života ve společnosti. Jiným slovy lze duševní zdraví také vyjádřit jako dobrý psychický a zdravotní stav obyvatelstva, který je ovlivňován různými činiteli.

Mezi základní principy, které zásadně ovlivňují zdravotní a tedy i psychický stav obyvatelstva, patří kvalita životního prostředí, pracovní prostředí, kvalita výživy a způsob života. Pozitivní ovlivňování těchto činitelů lze zařadit mezi významné společenské úkoly.<sup>14</sup>

Široká veřejnost se dle mého názoru zabývá duševně nemocnými. Při hodnocení těchto osob pak uvádí v činnost své laické přístupy k jednotlivým duševním poruchám. Tyto

<sup>13</sup> <[http://ec.europa.eu/health-eu/health\\_problems/mental\\_health/index\\_cs.htm](http://ec.europa.eu/health-eu/health_problems/mental_health/index_cs.htm)> [2008-01-03]

<sup>14</sup> JANÍK, A. *Veřejnost a duševně nemocný*. Praha: Avicem, 1987. s. 47

poruchy dále hodnotí a třídí podle ustálených zásad. Otázky *duševní normy* jsou však řešeny pouze okrajově. Dle názoru široké veřejnosti lze duševní normu vyjádřit jako „všechno ostatní“, co není duševní poruchou.

Ztotožňuji se s názorem Chromého, který upozorňuje na to, že lidé neoperují s nějakou normou, ale argumentují pocitem zdraví. Ale chápání tohoto pocitu se jeví velmi odlišným. Někteří se cítí zdraví, nemají-li žádné potíže a druzí se spokojí pouze s vyjádřením lékaře o svém zdravotním stavu. Kritéria zdraví široké veřejnosti jsou tedy obsáhlá a nepřesně ohraničená a jsou značně vzdálena od kritérií odborných. Lze tvrdit, že se opírají pouze o subjektivní prožitky a pocity. Stejně je tomu i s laickými a odbornými kritérii pro duševní normu.<sup>15</sup>

Jedním z důležitých aspektů při posuzování duševně nemocných veřejností jsou média. Na televizních obrazovkách defilují před dojatým divákem sešlé a vyhaslé obličeje duševně nemocných žijících za mřížemi a v neutěšených podmínkách.<sup>16</sup>

Tímto způsobem si široká veřejnost vytváří pokřivený názor na duševně nemocné, který se může změnit v jakousi negativní společenskou normu. Mimo jiné dochází i ke stigmatizaci duševně nemocných. O stigmatizaci se více zmíním v dalších kapitolách mé práce.

Psychiatrie byla odjakživa vyhledávaným společenským terčem a tyto obrázky v televizním vysílání nijak nepřispějí k vytvoření si zdravého názoru veřejnosti na duševně nemocné.

### **3.2 Odhad člověka nepsychologem**

Pro lepší představu čtenáře jak si člověk v každodenním životě může vytvářet názor na duševně nemocného a nejenom na tyto osoby, jsem zařadil kapitolu s názvem Odhad člověka nepsychologem, ve které se pokusím tento proces popsat a vysvětlit.

Každý z nás přichází v životě do styku s různými lidmi. Někteří z těchto lidí jsou nám sympatičtí více jiní méně. Mnohdy si člověk ani neuvědomuje, čím je tento pohled, toto hodnocení způsobeno. Jedná se však o celou řadu informací, se kterými pracujeme a které využíváme k hodnocení lidí. Náš úsudek je ovlivněn okolnostmi, za jakých jsme náš protějšek potkali, jakým způsobem se projevuje, vyjadřuje, jak je oblečen a jak na nás působí celkovým dojmem.

---

<sup>15</sup> CHROMÝ, K. *Duševní nemoc: Sociologický a sociálněpsychologický pohled*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1990. s. 64.

<sup>16</sup> STYX, P. *O psychiatrii. Jak žít a jednat s duševně nemocnými lidmi*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2003. s. 9.

Tento prvotní úsudek může být mnohdy neúplný, nesprávný či zcela klamný. Ke správnému hodnocení nám mohou být nápomocny např. vhodně položené otázky, které nám pomohou objasnit charakter a postoj osobnosti. Nebo se můžeme pokusit navodit určitou situaci a poté, dle reakce člověka a způsobu jeho řešení této navozené situace, tak lépe a odborněji zhodnotit jeho osobnost. V neposlední řadě můžeme při hodnocení informací využít poznatků, které jsme získali z okolí námi posuzovaného. Jednou z dalších možností při odhadu je, pokusit se o vžití do role člověka, kterého chceme poznat. V tomto případě se jedná o tzv. empatii a je nesporné, že čím vyšší je míra empatie, tím více nám umožňuje kvalitnější poznání protějšku a obecně lepší sociální styk s druhými.

Z výše uvedeného je zřejmé, že každý člověk je jinak vybaven a má jiné schopnosti při utváření si názorů na druhé. Lze říci, že co člověk, to jiný názor a někdy se tyto názory mohou diametrálně lišit. Každý z nás tedy svým způsobem ovlivňuje postavení duševně nemocných ve společnosti a osobnost každého posuzujícího je důležitým faktorem při této činnosti.

## 4 Duševní nemoc (duševní porucha)

Nemůžeme pominout fakt, že se s duševně nemocnými setkáváme a že v naší společnosti tito lidé jsou. Existují léčebny, farmaceutické firmy, které na celém světě produkují stále nové a nové psychiatrické léky. Léčba duševní nemoci se neustále zdokonaluje. A každý z nás se určitě ve svém životě někdy s duševně nemocným setkal. Kdo jsou duševně nemocní a co je to tedy duševní nemoc?

Na tuto otázku odpovím později. Nejdříve se zmíním o medicínském oboru, o psychiatrii. Psychiatrie je jedním ze základních medicínských oborů a zabývá studiem, diagnózou, prevencí a léčbou duševních poruch.<sup>17</sup>

Pacient k lékaři nepřichází s požadavkem, abychom jej seznámili se svými vědomostmi o vzniku, klinických projevech, léčení a ošetřování jeho nemoci, ale sděluje své potíže popřípadě své bolesti. Stejně je tomu i v psychiatrii, kde se navíc objevují nemocní, kteří byli někým posláni proto, že se v jejich chování objevují nápadné změny, odchylky od normálu. V tomto případě čeká psychiatrii nelehký úkol. Rozpoznat, že jde o člověka s duševní nemocí a dále rozlišit mezi duševní nemocí a duševním zdravím. O duševním zdraví jsem se již zmínil v kapitole č. 3, a proto tento pojem nebudu již dále vysvětlovat. Rozpoznání duševní nemoci a zásah na různých stupních psychiatrické pomoci je možný, ale pouze v tom případě, že lékař je s celou věcí řádně obeznámen. V takovém případě nepostačí

---

<sup>17</sup> PRAŠKO, J. a kol. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Informatorium, 2003. s. 9.

pouze znalost definic o té či oné duševní nemoci, k tomu je ještě třeba celé situaci porozumět a orientovat se v ní.

Ve 21. století je psychiatrie moderním lékařským oborem. V poznání duševních nemocí a jejich léčbě nastal v posledních letech velký pokrok. To bohužel neplatí v názorech veřejnosti na duševně nemocné. Zakořeněné předsudky, senzacechtivé zprávy v médiích, vedou k představě o duševně nemocném jako o nebezpečném, intelektově podprůměrném individuu. Veřejnost si ale neuvědomuje, že většina duševně nemocných se léčí v ambulancích a vede normální občanský život.<sup>18</sup>

Na začátku této kapitoly jsem položil otázku „Co je to duševní nemoc?“ Pokusím se na ni tedy odpovědět. Je důležité si nejdříve vysvětlit „rozdíl“ mezi pojmy *duševní nemoc* a *duševní porucha*. Duševní nemoc je název užívaný v psychiatrické terminologii souběžně s termínem duševní porucha. Význam těchto dvou pojmů je stejný, jedná se o synonyma. Pokud tedy v dalších kapitolách budu hovořit o duševní nemoci nebo o duševní poruše, není třeba se nad tímto rozdílným pojmoslovím pozastavovat.

**Pro potřeby mé bakalářské práce postačí, když duševní nemoc (poruchu) budu definovat jako klinicky prokazatelnou změnu duševní činnosti, která vyřazuje člověka z práce, společenského života či zodpovědnosti při právních úkonech nebo také změnu některých psychických procesů, projevujících se v myšlení, pocitech a chování člověka, která znesnadňuje jeho adaptaci a interakci s okolím.**

#### **4.1 Etiologie duševních nemocí (poruch)**

Každá nemoc, tedy i duševní, má svou příčinu. Existují určití činitelé, kteří ji vyvolávají. Kapitola s názvem *Etiologie duševních nemocí* je věnována těmto činitelům.

Příčiny nemocí, kterými se zabývá psychiatrie, nejsou v současné době v celém rozsahu objasněny. Při složitosti normálního lidského chování se nelze divit, že při hledání příčin abnormálního chování je prověřována celá řada často protichůdných domněnek. Proto je tento proces velice složitý a často spěje k nejednoznačným diagnózám.<sup>19</sup>

Jak jsem již výše uvedl, duševní nemoci (poruchy) jsou vyvolány různými vlivy, které je možno identifikovat a taktéž vlivy, které se dosud nepodařilo prozkoumat. V zásadě však

---

<sup>18</sup> Srov. PRAŠKO, J. a kol. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Informatorium, 2003. s. 11.

<sup>19</sup> Srov. DUŠEK, K., CHROMÝ, K., MALÁ, E., *Psychiatrie. Učebnice pro zdravotnické školy*. 1. vyd. Praha: Avicem, 1981. s. 103.

můžeme vznik duševních poruch rozdělit do tří základních skupin, jak uvádím dále v podkapitolách 4.1.1, 4.1.2, 4.1.3.

#### **4.1.1 Etiologický činitel je známý**

Jde zejména o situaci, kdy se duševní porucha vyvine na základě organického postižení mozku. Jde např. o cévní poruchy (hypertenze, mozková ateroskleróza), dále infekční onemocnění mozku, mozkové nádory, poranění mozku a toxické postižení.<sup>20</sup>

#### **4.1.2 Duševní porucha je vyvolána společně více činiteli**

V tomto případě se na vzniku duševní poruchy podílejí faktory hereditární-konstituční a vlivy prostředí. V prvním případě se jedná o faktory zděděné dispozice reagovat specifickým způsobem nebo být náchylnější ke vzniku určité poruchy. Hrají významnou úlohu při vzniku tzv. predispozice k určitému druhu onemocnění (duševní nemoc).

Ve druhém případě lze vlivy prostředí souhrnně nazvat sociálními faktory. Ty se mohou podílet na rozvoji, udržování i léčbě psychických poruch. I když jejich podíl může být u různých duševních nemocí různý, lze jej zaznamenat v průběhu celého vývoje a léčby duševní nemoci.<sup>21</sup>

#### **4.1.3 Etiologický činitel je neznámý**

V současné době existují některé duševní nemoci, u kterých neznáme žádnou specifickou příčinu, jež je vyvolává. Jedná se o duševní nemoci, při kterých se vyskytuje bizarní chování, poruchy vnímání a myšlení nebo patická nálada, obvykle bez náhledu choroby. Poruchy vedou k nepředvídatelnému chování a často také k dezintegraci osobnosti.<sup>22</sup>

#### **4.1.4 Shrnutí**

Rozvoj duševní nemoci a její existenci lze rozpoznat a pochopit na základě znalosti různých rizikových faktorů. Tyto faktory lze rozdělit na faktory biologické, enviromentální a psychologické a sociální. Biologické faktory jsou genetické, vrozené, dané úrazy, nemocemi apod. Enviromentální jsou pak dané prostředím, tj. získané výchovou, vzory nebo životními

---

<sup>20</sup> MALÁ, E., PAVLOVSKÝ, P. *Psychiatrie. Učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Portal, 2002. s. 15.

<sup>21</sup> Srov. PRAŠKO, J. a kol. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Informatorium, 2003. s. 14.

<sup>22</sup> Srov. MALÁ, E., PAVLOVSKÝ, P. *Psychiatrie. Učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Portal, 2002. s. 16.

událostmi. Mezi psychologické patří charakterové rysy a mezi sociální např. vliv kultury, školního kolektivu nebo kolektivu v práci.<sup>23</sup>

To vše dohromady tvoří složitou a zajímavou mozaiku duševního života, v jehož rámci se může objevit duševní porucha.

## **4.2 Symptomy a syndromy duševních nemocí**

V psychiatrii (ostatně i v jiných medicínských oborech) je na začátku diagnostického procesu detailní popis příznaků nemoci – symptomů. Symptom je určitým projevem nemoci a upozorňuje na to, že dochází nebo již došlo u určitého člověka k nějakým změnám.

Rozlišujeme symptomy *subjektivní* a *objektivní*. Subjektivní symptomy jsou takové, o kterých podává zprávu nemocný a které souvisí s jeho subjektivními prožitky. Lékař je zjišťuje rozhovorem s nemocným. Jejich hodnocení však může být chybné a to z důvodu výpovědi samotného nemocného, ve které nemusí lékaře informovat v celém rozsahu nebo může informace podat zkresleně. Objektivní symptomy jsou naopak takové, které lékař zjišťuje pozorováním, vyšetřením nebo pomocí laboratorních zkoušek a lékařských přístrojů.

Pro stanovení diagnózy je rovněž důležité dělení na *specifické* a *nespecifické* symptomy. Specifické symptomy jsou pro chorobu určující (např. snížení intelektu u mentální retardace). Nespecifické symptomy se vyskytují u řady psychiatrických poruch (např. poruchy spánku, nesoustředivost, předrážděnost, úzkost).<sup>24</sup>

Symptomy se v psychiatrii odvozují od poruch různých psychických kvalit, modalit. Kvalitou v oblasti lidské psychiky jsou míněny následující:<sup>25</sup>

- vědomí,
- orientace,
- vnímání,
- emoce,
- paměť,
- pozornost,
- intelekt,
- myšlení,
- pozornost,

---

<sup>23</sup> Srov. PRAŠKO, J. a kol. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Informatorium, 2003. s. 12.

<sup>24</sup> MALÁ, E., PAVLOVSKÝ, P. *Psychiatrie. Učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Portal, 2002. s. 25.

<sup>25</sup> PRAŠKO, J. a kol. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Informatorium, 2003. s. 18.

- pudy,
- volní jednání,
- osobnost.

Tyto kvality se navzájem ovlivňují i přesahují a hranice mezi nimi jsou často neostře. Výše uvedené kvality psychiky je nutné vnímat spíše jako nástroje popisu psychického stavu nežli jako jasně ohraničené kategorie.

Jednotlivé symptomy duševních nemocí se vyskytují ve skupinách, které označujeme jako *syndromy*. V těchto skupinách zpravidla některý symptom převládá a podle toho se syndromy rozdělují. Vyčleňování syndromů má u duševních nemocí (poruch) značný význam. Symptomy jsou ve většině případů málo specifické a stejný symptom se může vyskytovat u více duševních nemocí.

To, že se symptomy sdružují do větších celků – syndromů, umožňuje třídění v psychiatrii na vyšší úrovni. Zužuje se tak okruh výskytu u jednotlivých duševních nemocí. Z hlediska diagnostiky mají syndromy velký význam především proto, že v počátku onemocnění není k dispozici dostatek relevantních informací – objektivních údajů, o duševním onemocnění.<sup>26</sup>

Pro potřeby této práce není nutné dlouze pojednávat o jednotlivých syndromech, jejich formách, příčinách či léčení. Domnívám se, že pro ilustraci postačí pouze výčet se stručnou charakteristikou.

Přehled syndromů duševních nemocí (poruch):<sup>27</sup>

- depresivní syndrom,
- manický syndrom,
- paranoidní syndrom,
- katatonní syndrom,
- deliriózní syndrom,
- organický psychosyndrom,
- odvykací stav (abstrineční syndrom).

---

<sup>26</sup> Srov. DUŠEK, K., CHROMÝ, K., MALÁ, E., *Psychiatrie. Učebnice pro zdravotnické školy*. 1. vyd. Praha: Avicem, 1981. s. 39.

<sup>27</sup> MALÁ, E., PAVLOVSKÝ, P. *Psychiatrie. Učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Portal, 2002. s. 37.

*Depresivní syndrom* patří mezi nejčastěji se vyskytující syndromy u duševních onemocnění. Charakteristická je pro něj smutná nálada, zpomalené myšlení a utlumená psychomotorika. Dále jej lze charakterizovat poruchou sebehodnocení (pocity méněcennosti, nedostatečnosti, sebehodnocování atd.), sníženou schopností komunikovat, které může vést až k sociální izolaci.

*Manický syndrom* se vyskytuje v daleko menším počtu než syndrom depresivní. Do popředí vystupuje veselá a povznesená nálada, zrychlené myšlení a zrychlené psychomotorické tempo. Sebehodnocení je zvýšené a nemocný má tendence k přeceňování s pocitem, že vše zvládá.

U *paranoidního syndromu* převládá výrazná porucha myšlení v obecném slova smyslu. Nemocný je přesvědčen o změněném vztahu okolí vůči jeho osobě. Výrazně se projevují kvalitativní poruchy myšlení, které se zpočátku vyskytují jako bludné představy, později se mění na systematizované bludy s určitou patologickou logikou. Mezi nejčastější bludy patří pronásledování a ohrožení.

S *katatonním syndromem* se v současné době u duševních onemocnění setkáváme nejčastěji u schizofrenie. Vzácněji je to u organických poruch. U tohoto syndromu bych chtěl udělat výjimku a uvést jeho dvě základní formy. A to z toho důvodu, že obě formy mají zcela protikladné klinické obrazy. První formou je *forma stuporózní*, která je charakterizována psychomotorickým útlumem, strnulostí, svalovou ztuhlostí a někdy negativismem. Druhou formou je *forma produktivní*. U této formy se vyskytuje grimasování, napodobování mimiky, gest, posunků. Časté je také nemotorné bizarní chování s nepřiléhavým smíchem a pláčem. Mnoho všedních úkonů dělají nemocní komplikovaně a nesmyslně (chůze po kolenou, oblékání si kalhot na ruce apod.).

*Deliriózní syndrom* je charakterizován kvalitativní poruchou vědomí, náhlým vznikem, bouřlivým průběhem a taktéž náhlým odezněním. Vždy jsou přítomny poruchy vnímání a myšlení – halucinace, bludy, zmatenost a dezorientace. Nemocný si nepamatuje krátkou dobu před událostí. Klasickým příkladem je delirium tremens u alkoholismu.

*Organický psychosyndrom* je v současné době klasifikován jako organicky podmíněná duševní porucha vznikající následkem onemocnění, poškození nebo dysfunkce mozku, případně následkem jiného somatického onemocnění. S postupem této nemoci se přidružují



poruchy paměti a úbytek intelektových funkcí s celkovou degradací osobnosti, které vyúsťuje do demence\*.

*Odvykací stav* vzniká vysazením či redukcí látky, po dlouhodobém či opakovaném užívání. Vyskytují se příznaky, které nejsou vysvětlitelné tělesným onemocněním nezávislým na užívání látky ani jinou psychickou poruchou chování.

### 4.3 Klasifikace duševních nemocí

Termín *klasifikace* označuje uspořádání objektů do skupin nebo souborů na základě jejich podobnosti neboli proces při vytváření kategorií. Výsledkem tohoto procesu je klasifikační systém. Zařazování jednotlivých objektů do některé z kategorií je označováno jako identifikace (v lékařské praxi diagnostická identifikace).<sup>28</sup>

Aktuální stav klasifikace duševních onemocnění nám ukazuje míru poznání o příčinách a průběhu jednotlivých onemocnění.

Dalšími důležitými termíny, o kterých se v této kapitole zmíním, jsou *taxonomie* a *nozologie*. Termín taxonomie lze vyjádřit jako učení o různých strategiích klasifikace. Nozologie je metodologie stanovení diagnózy nemoci a jejích příčin.<sup>29</sup>

#### 4.3.1 Současné psychiatrické klasifikační systémy

V současné době jsou nejvíce využívány dva psychiatrické klasifikační systémy a to americký *Diagnostický a statistický manuál duševních poruch, revize (DSM-IV)*. Druhým užívaným klasifikačním systémem je *Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize (MKN-10)*. U nás je nejrozšířenější právě tento druhý klasifikační systém, a proto jej využiji ve své bakalářské práci ke zpracování dalších částí.

Oba klasifikační systémy jsou si v mnoha ohledech podobné. Duševní nemoci v nich nejsou rozděleny podle etiologie, ale jsou v nich řazeny do jednotlivých skupin na základě společných znaků. Proto bývají oba klasifikační systémy označovány jako teoretické, deskriptivní nebo také fenomenologické.<sup>30</sup>

Jak jsem již předestřel, ve své práci použiji klasifikační systém MKN-10, který teď charakterizuji a pokusím se jej tak čtenáři přiblížit. V tomto psychiatrickém klasifikačním systému je dobře vidět snaha o jasný a dobře srozumitelný popis jednotlivých duševních

---

\* Demence – úbytek rozumových schopností, které již byly vyvinuty. NAKONEČNÝ, M. *Lexikon psychologie*. 1. vyd. Praha: Printo, 1995. s. 241.

<sup>28</sup> SMOLÍK, P. *Duševní a behaviorální poruchy*. 2. vyd. Praha: MAXDORF, 2001. s. 23.

<sup>29</sup> Srov. SMOLÍK, P. *Duševní a behaviorální poruchy*. 2. vyd. Praha: MAXDORF, 2001. s. 23.

<sup>30</sup> Srov. PRAŠKO, J. a kol. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Informatorium, 2003. str. 53.

nemocí. Kritéria, která zařazují, popřípadě vylučují jednotlivé nemoci, jsou užívána vyváženě a jsou přísnější. Jestliže jsou požadavky formulované v diagnostických vodítkách splněny, lze považovat úroveň diagnostické jistoty za spolehlivou.<sup>31</sup>

V mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN-10) tvoří duševní nemoci samostatnou kapitolu. Jsou označeny příslušnými kódy, které začínají písmenem „F“. Za tímto označením následují dvě až čtyři čísla, která upřesňují konkrétní duševní nemoc (např. paranoidní schizofrenie má kód F20.0). Tyto kódy jsou v naší společnosti běžně užívány v základních zdravotních dokumentacích, také pro potřeby pojišťoven nebo např. pro vyúčtování provedených zdravotnických úkonů. Proto by příručku MKN-10 měli všichni zainteresovaní mít vždy po ruce.

Závěrem této části je třeba uvést jednu důležitou skutečnost. Klinické popisy a všechna diagnostická vodítka, která jsou v MKN-10 uvedena (v psychiatrické kapitole) mají nepochybně značný didaktický význam. V žádném případě však nemohou mít statut „psychiatrické učebnice“. Ke každé kategorii je třeba mít daleko rozsáhlejší a konkrétní znalosti. Toho nelze dosáhnout jinak, než dalším studiem *obecné psychopatologie*<sup>\*</sup>, klinickým pozorováním, kazuistickým zpracováním jednotlivých případů apod. O spolehlivé diagnostice a klasifikaci lze uvažovat pouze v tom případě, že kompetentní člověk spojí své teoretické znalosti s dlouhou klinickou zkušeností. Tato skutečnost je potom základem správné volby léčebných, rehabilitačních a resocializačních postupů.<sup>32</sup>

Popisované skutečnosti opět podtrhují složitost problematiky duševních nemocí a postavení jejich nositelů ve společnosti.

#### 4.3.2 Klasifikace duševních nemocí podle MKN-10

Vzhledem k rozsahu jednotlivých duševních onemocnění a vzhledem k potřebám mé bakalářské práce nepovažuji za potřebné popisovat jednotlivé duševní poruchy včetně jejich definic, etiologií, průběhů a prognóz. V této části mé práce se pouze zaměřím na jednotlivé celky v Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN-10), které budu stručně charakterizovat vymezením základních pojmů. Úplná klasifikace duševních nemocí (dle MKN-10) bude k nahlédnutí v příloze mé bakalářské práce a to v podobě výčtu jednotlivých nemocí společně s příslušným kódem té které konkrétní nemoci.

---

<sup>31</sup> Srov. SMOLÍK, P. *Duševní a behaviorální poruchy*. 2. vyd. Praha: MAXDORF, 2001. s. 35.

<sup>\*</sup> Obecná psychopatologie-zabývá se patologickými anomáliemi v oblasti psychických procesů a složek osobnosti (vnímání, myšlení, inteligence). NAKONEČNÝ, M. *Lexikon psychologie*. 1. vyd. Praha: Printo, 1995. s. 235.

<sup>32</sup> Srov. SMOLÍK, P. *Duševní a behaviorální poruchy*. 2. vyd. Praha: MAXDORF, 2001. s. 36.

#### 4.3.2.1 Organické duševní poruchy, včetně symptomatických (F00-F09)

Tato skupina zahrnuje psychická onemocnění, která vznikají v důsledku známé vyvolávající příčiny. Může to být onemocnění, poranění nebo jiné poškození mozku, které vede ke stálé mozkové dysfunkci.

Označení organické v tomto případě znamená, že se jedná o stavy způsobené poruchou zjištěnou v centrálním nervovém systému. Označení symptomatické znamená, že jde primárně o jiná systémová onemocnění a mozkové poškození je až sekundární.<sup>33</sup>

K této kapitole je třeba podotknout, že klasifikace této skupiny je velice obtížná a názory se často liší. To je způsobeno zde užívanými pojmy jako např.: organický, symptomatický, primární sekundární apod. Uvedené pojmy nejsou v současné době ještě přesně definovány, a proto mohou být zavádějící.

#### 4.3.2.2 Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané užíváním psychoaktivních látek (F10-F19)

V této kapitole začnu vymezením psychoaktivní látky. Psychoaktivní látka je každá látka, která ovlivňuje psychickou činnost. Na některých psychoaktivních látkách se vytváří závislost. K závislosti dochází po užívání látky po různě dlouhou dobu. Závislost můžeme rozdělit na *fyzickou* a *psychickou*. Fyzickou závislost charakterizuje rozvoj nepříjemných tělesných znaků po přerušení nebo snížení užívání návykové látky. Psychickou závislost lze zjednodušeně charakterizovat jako nutkání opětovného navození příjemných duševních stavů.

Do poruch způsobených užíváním psychoaktivních látek řadíme každou duševní nebo behaviorální poruchu, která vzniká jako důsledek užívání jedné nebo více psychoaktivních látek nezávisle na tom, zda jsou nebo nejsou předepsány lékařem. Klasifikačně specifikovanými látkami jsou *alkohol, opioidy, kanabinoidy, sedativa nebo hypnotika, kokain, jiná stimulantia, včetně kofeinu, halucinogeny, tabák a inhalační látky*.<sup>34</sup>

#### 4.3.2.3 Schizofrenie, schizotypní poruchy a poruchy s bludy (F20-F29)

Poruchy, které jsou zařazené v této části MKN-10 se vyznačují přítomností psychotických příznaků. Zavádějící je v tomto případě pojem *psychotický*. Tento pojem je různě definován a do současné doby nebyla žádná z definic všeobecně přijata bez výhrad.

---

<sup>33</sup> Srov. MALÁ, E., PAVLOVSKÝ, P. *Psychiatrie. Učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Portal, 2002. s. 46.

<sup>34</sup> Srov. SMOLÍK, P. *Duševní a behaviorální poruchy*. 2. vyd. Praha: MAXDORF, 2001. s. 114.

U schizofrenie, akutních a přechodných psychotických poruch a schizoafektivní poruchy znamená pojem *psychotický* bludy, jakékoli zřetelné halucinace, dezorganizovanou řeč nebo dezorganizované případně katatonní chování.<sup>35</sup>

V této kapitole bych chtěl udělat výjimku a schizofrenii se věnovat podrobněji. Jedná se o jednu z nejzávažnějších duševních nemocí. Postihuje přibližně jedno procento populace a vede k ztrátě kontaktu s realitou, k narušení vztahu k sobě samému a taktéž k vnějšímu světu. Souhrnně lze tuto nemoc charakterizovat destrukcí intelektového, osobnostního, emočního i sociálního života postiženého.<sup>36</sup>

Projevy schizofrenie jsou různé. V současnosti existuje předpoklad, že různorodost příznaků je důsledkem několika patofyziologických procesů. Charakteristické příznaky schizofrenie lze rozdělit do tří základních skupin:<sup>37</sup>

- psychomotorické ochuzení (ochuzení řeči, pohybů, očního kontaktu, oploštění afektu),
- dezorganizace (afekt, řeč, myšlení a pohyby ztrácejí soudržnost a u pacienta se objevuje roztržitost a nesoustředěnost),
- distorze skutečnosti (skutečnost je překroucená, změněná, pacient má bludy a halucinace).

V současné době existuje několik různých pohledů na charakteristiku a dělení příznaků. Ty se dělí na:<sup>38</sup>

- pozitivní příznaky,
- negativní příznaky.

Mezi pozitivní příznaky lze zařadit např. zkreslení nebo deformaci úsudku (bludy), vnímání (halucinace), řeči a komunikace, kontroly chování. Negativní příznaky zahrnují např. redukci v šíři a intenzivně emočních projevů (oploštělá emotivita), plynulosti a produktivity myšlení a řeči (alogie) a ve schopnosti iniciovat cílevědomé jednání (abulie).

Průběh onemocnění bývá různý, ve většině případů však nemocný ihned od začátku není schopen vykonávat své zaměstnání, interpersonální vztahy jsou narušeny a také je výrazně zhoršena schopnost starat se sám o sebe. K léčbě schizofrenie se používají antipsychotika. Jedná se o farmaka, která ovlivňují pozitivně pochody myšlení a zbavují

---

<sup>35</sup> SMOLÍK, P. *Duševní a behaviorální poruchy*. 2. vyd. Praha: MAXDORF, 2001. s. 149.

<sup>36</sup> Srov. MALÁ, E., PAVLOVSKÝ, P. *Psychiatrie. Učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Portal, 2002. s. 58.

<sup>37</sup> Srov. PRAŠKO, J. a kol. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Informatorium, 2003. s. 66.

<sup>38</sup> SMOLÍK, P. *Duševní a behaviorální poruchy*. 2. vyd. Praha: MAXDORF, 2001. s. 115.

nemocné halucinací, oslabují bludy nebo mění vztah k nim, pacifikují neklidné a agresivní pacienty atd. Antipsychotika však mají relativně mnoho nežádoucích účinků.<sup>39</sup>

#### 4.3.2.4 Poruchy nálady – afektivní poruchy (F30-F39)

Hlavním příznakem u těchto poruch je změna nálady. Nálada může být buďto chorobně smutná (depresivní), nebo nadnesená (manická), vždy doprovázená odpovídajícími změnami v chování. V případě deprese může dojít i k ohrožení života nemocného sebevražedným jednáním.

Změny nálad bývají obvykle doprovázeny změnou úrovně aktivity a většina dalších příznaků je druhotných nebo snadno srozumitelných v kontextu změn nálady a aktivity. Většina poruch nálady má tendenci k periodicitě. Začátek jednotlivých epizod bývá často spojen se zátěžovými situacemi.<sup>40</sup>

Rovněž jako schizofrenie patří tato onemocnění k nejčastějším vůbec. Základními afektivními poruchami jsou poruchy kódované F30-F34 (viz. příloha č.1).

#### 4.3.2.5 Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy (F40-F49)

Současná klasifikace dle MKN-10 téměř neuvádí pojem neuróza. S poruchami, které byly takto dříve označovány, se však psychiatři setkávají velmi často.

Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy jsou heterogenní skupinou psychických poruch, u kterých bývá dominantním fenoménem úzkost\* a její somatické koreláty. Intenzita úzkosti bývá různá, od mírného neklidu až po stav paniky. Také průběh je individuálně různý. V klasifikaci dle MKN-10 jsou tyto nemoci řazeny do společné kapitoly, což je dáno předpokládanou souvislostí s psychologickými příčinami a historickou souvislostí s pojmem neurózy.<sup>41</sup>

---

<sup>39</sup> Srov. MALÁ, E., PAVLOVSKÝ, P. *Psychiatrie. Učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Portal, 2002. s. 59.

<sup>40</sup> SMOLÍK, P. *Duševní a behaviorální poruchy*. 2. vyd. Praha: MAXDORF, 2001. s. 200.

\* Úzkost – je nepříjemný emoční stav, jehož příčinu není možné přesněji definovat. Často bývá doprovázena vegetativními příznaky, které mohou vést po delší době k únavě nebo vyčerpání. NAKONEČNÝ, M. *Lexikon psychologie*. 1. vyd. Praha: Printo, 1995. s. 241.

<sup>41</sup> PRAŠKO, J. a kol. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Informatorium, 2003. s. 81.

#### 4.3.2.6 Behaviorální syndromy spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory (F50-F59)

Z celkového počtu duševních poruch obsažených v tomto oddíle vyplývá, že v dnešní moderní psychiatrii pojem *behaviorální* má mnohem širší význam než je vysvětlován v ostatní běžné literatuře, týkající se této problematiky.

Poruchy řazené do této skupiny jasně potvrzují nosnost biopsychosociálního modelu nemoci. Každá porucha má totiž biologické, psychologické a sociální komponenty, právě tak jako je každý jedinec složen z vnitřních systémů (molekul, buněk a orgánů) a je součástí vnějších systémů (rodiny, komunity, kultury, národa, světa). Systémy spolu interagují, vzájemně se ovlivňují a spolupodílejí se na vzniku specifické poruchy.<sup>42</sup>

#### 4.3.2.7 Poruchy osobnosti a chování u dospělých (F60-F69)

V tomto oddíle jsou zahrnuty různé poruchy, u kterých je jistý předpoklad poruchy osobnosti nebo dlouhodobé poruchy chování, která je v osobnosti hluboce zakotvená.

Z hlediska psychopatologie (pojem vysvětlený v kapitole č. 4.3.2) shledáváme u těchto poruch trvalé projevy maladaptivního chování, které jsou hluboce zakotveny ve struktuře osobnosti. Nejsou tedy projevem jiné duševní poruchy ani psychickým doprovodem závažného tělesného onemocnění. Představují extrémní nebo významné odchylky od způsobů, kterými průměrný člověk v dané kultuře vnímá, myslí, cítí a zvláště utváří vztahy k druhým.<sup>43</sup>

#### 4.3.2.8 Mentální retardace (F70-F79)

Nejvýraznější lidskou vlastností je inteligence a rozumové schopnosti obecně. Schopnost logicky uvažovat, vyjadřovat city, nálady, komunikovat s ostatními lidmi, to vše se pojí v jemnou a dokonalou strukturu, která utváří každého z nás jako jedinečnou a neopakovatelnou osobnost.<sup>44</sup>

Jestliže dojde výrazným způsobem ke snížení nebo poškození intelektových funkcí společně s narušeným vývojem celé osobnosti, hovoříme o mentální retardaci. Mentální retardace se může vyskytnout společně s jakoukoliv jinou duševní nemocí nebo bez ní. V současné době rozdělujeme mentální retardaci na:

- lehkou mentální retardaci (IQ 50–69),
- středně těžkou mentální retardaci (IQ 35–49),

---

<sup>42</sup> MALÁ, E., PAVLOVSKÝ, P. *Psychiatrie. Učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Portal, 2002. s. 75.

<sup>43</sup> SMOLÍK, P. *Duševní a behaviorální poruchy*. 2. vyd. Praha: MAXDORF, 2001. s. 358.

<sup>44</sup> <[http://www.zdravcentra.cz/cps/rde/xchg/zc/xsl/58\\_14600.html](http://www.zdravcentra.cz/cps/rde/xchg/zc/xsl/58_14600.html)> [ 2008-03-08]

- těžkou mentální retardací (IQ 20–34),
- hlubokou mentální retardací (IQ je nižší než 20).

Na závěr této kapitoly zdůrazňuji, že mimořádný význam má pro lidi s mentálním postižením podpora v rozvoji dovedností. Pokud je dostupná ranná péče, vyhovující vzdělání, příprava na zaměstnání a další podpůrné služby v dospělosti, může mnoho lidí s mentální retardací vést nezávislý život v běžné společnosti.

#### 4.3.2.9 Poruchy psychického vývoje (F80-F89)

V tomto případě se jedná o poruchy, které souvisejí s opožděným a nerovnoměrným biologickým zráním centrální nervové soustavy. Jejich průběh je relativně stálý. U některých poruch hrají určitou roli genetické faktory. Ve svém důsledku poruchy vedou k opoždění vývoje.<sup>45</sup>

#### 4.3.2.10 Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v adolescenci (F90-F98)

Poruchy chování tvoří v ambulantní praxi jednu z nejčastěji vykazovaných diagnóz. Zároveň jsou ilustrací toho, jak se zevní a hereditárně-genetické faktory podílejí v různé míře na manifestaci poruchy.<sup>46</sup>

### 4.4 *Stigmatizace duševně nemocných*

V předešlé kapitole jsem se pokusil popsat, co jsou to duševní nemoci, jaké mají příčiny a jak jsou v současné době klasifikovány, nebo-li řazeny do jednotlivých kategorií. Ještě než opustím téma duševních nemocí, zmíním se o negativním jevu, který se ve společnosti vyskytuje směrem k duševně nemocným, o *stigmatizaci*. Bylo by ale chybou si myslet, že stigmatizace je negativum současné společnosti. Stigmatizace se vyskytovala už v dobách dávno minulých. Jedná se o přetrvávající a velmi nebezpečný jev. Proto bych se chtěl v dalších kapitolách tomuto pojmu věnovat.

#### 4.4.1 Exkurz do historie

Špatný náhled na duševní choroby sahá hluboko do historie a je v současné společnosti je stále přítomný.

<sup>45</sup> MALÁ, E., PAVLOVSKÝ, P. *Psychiatrie. Učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Portal, 2002. s. 88.

<sup>46</sup> MALÁ, E., PAVLOVSKÝ, P. *Psychiatrie. Učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Portal, 2002. s. 92.

V dřívějších dobách mělo velký vliv na společnost náboženství. To sehrálo velice důležitou a negativní roli při posuzování jedinců s duševní poruchou. Příznaky duševní poruchy byly v rozporu s náboženskými představami a proto takto postižený jedinec byl považován za kacíře, ďábla či čarodějnici. V tomto případě jde o již mnou zmiňovaný důkaz toho, jak náboženství ovlivnilo obraz duševně nemocného v laických představách.

Abych se nevyjadřoval pouze ke křesťanským náboženstvím mohu dále uvést příklad náhledu na duševně nemocného severoamerickými indiány. Ti považovali duševně nemocného za posedlého Manituem nebo v židovském náboženství se pro takové stavy používalo označení „prorokovat“.

V katolickém náboženství mnoho jedinců s duševními poruchami bylo kolonizováno. Jedinci s religiózními bludy a extatickými stavy se většinou uchýlovali do klášterů a poustevn. Výraz „svatý blázen“ nebo „blázen v Kristu“ se užívá v náboženském písemnictví, v lidové terminologii však není běžný.<sup>47</sup>

#### **4.4.2 Stigma duševní nemoci**

Výraz stigma je odvozen z řečtiny a dal by se přeložit jako „vypálené znamení“. Také se tento výraz používal pro označení spontánně vzniklé rány na končetinách, které byly mysticky vzniklým napodobením ran Krista přibitého na kříž. Stigmata jsou stopy utrpení. Objevovala se u některých hluboce věřících lidí a svědčila pro život mimořádné svatosti. Stigma může být spojeno s náboženstvím, barvou kůže, proděláním trestu, národností a samozřejmě nemocí. Stigmatizováni byli zejména pacienti s pohlavními nemocemi, rakovinou, tuberkulózou a duševními nemocemi.<sup>48</sup>

Duševně nemocný člověk je v jiném postavení než člověk s tělesnou nemocí. Jeho nemoc se projevuje jinak než většina nemocí tělesných. Ve většině případů tělesné nemoci je porucha funkce nějakého orgánu srozumitelná a dobře ohraničená, u duševně nemocného je takové ohraničení méně zřetelné. Změny v prožívání a chování se na rozdíl od příznaků tělesné nemoci vyskytují i bez spojení s tělesným onemocněním. Chování duševně nemocného a jeho prožívání světa se může jevit jako vystupňování stavů, které známe z běžného života, ale umíme je přemáhat. Každý z nás někdy prožil smutek, neměl chuť k jídlu nebo měl problémy se spánkem. Toto období však překonal. Duševně nemocný na nás však může působit dojmem, že takový stav nezvládl a překonat nedokázal. Pro jedince

---

<sup>47</sup> JANÍK, A. *Veřejnost a duševně nemocný*. Praha : Avicem, 1987. s. 53.

<sup>48</sup> <[http://www.sanquis.cz/clanek.php?id\\_clanek=531](http://www.sanquis.cz/clanek.php?id_clanek=531)> [ 2008-03-05]



nevyzbrojeného profesionálním cvikem z toho plyne, že duševně nemocný je jiný než zdravý člověk a také jiný než člověk s tělesnou nemocí. Duševně nemocný se mu může jevit jako člověk s vadami povahy: neschopný, slabý nebo také nespolehlivý, nekontrolovatelný a někdy i jako hloupý nebo nebezpečný. Duševní onemocnění si pak člověk může snadno vyložit jako onemocnění, které je důsledkem slabosti.<sup>49</sup>

Domnívám se, že veřejnost hodnotí duševně nemocné obecně a nerozlišuje mezi jednotlivými případy. Hodnocení probíhá převážně z vlastní zkušenosti, z doslechu, literatury a především z médií. Takové hodnocení je spojeno se současnou kulturou ve společnosti a lze jej charakterizovat jedním slovem, jako *předsudky*. Předsudky ovlivňují postoje lidí více na základě předpokládaných skupinových vlastností než na základě skutečných charakteristik jedince a jeho situace. Ty ani nejsou zkoumány, protože předsudek je jakousi pohodlnou, společností posvěcenou zkratkou, která umožňuje ušetřit si rozhodování spojené s hodnocením konkrétního člověka. Má v sobě silnou emoční komponentu posilovanou společností a kulturou, která usnadňuje rychlé prosazení důsledků předsudku do chování lidí. Tento postoj společnosti lze dobře srovnat např. s názory: „Italové jsou temperamentní nebo Angličané chladnokrevní, apod.“

Vágnerová hovoří o „*stereotypu pojetí duševně nemocného*“, tj. souboru vlastností, které jsou takovému člověku automaticky přiřítány. Jakmile se nemocný člověk přestává chovat standardním způsobem, jeho okolí na to velice rychle reaguje. V této době začíná tzv. *značkovací proces*, duševně nemocní jsou ohodnoceni jako bytosti obtížné a svým způsobem méněcenné.<sup>50</sup>

Stereotyp duševně nemocného se promítá do vtipů o bláznech, hovorových obrátů, zpráv v masmédiích nebo i do uměleckých děl. Stereotyp pak může mít pro konkrétního jedince jak pozitivní, tak i negativní důsledky. Mezi ty pozitivní můžeme zařadit ochranu jedince, soucit s ním nebo kladení menších nároků na výkon a role v jeho životě. Mezi negativní důsledky řadíme právě stigmatizaci.<sup>51</sup>

Duševně nemocní jsou *stigmatizováni*, což se může konkrétně projevit jako jejich sociální izolace, bezdomovectví, a nebo nezaměstnanost. V dnešní době přetrvávají u laické i odborné veřejnosti představy, které ovládají myšlení a chování lidí vůči duševně nemocným, zejména lidem se schizofrenií, manickými epizodami, hysterií či neurózou. Zdrojem

---

<sup>49</sup> Srov. LIBIGER, J. *Stigma duševního onemocnění*. In: Psychiatrie- časopis pro moderní psychiatrii 1/2001, Praha: AstraZeneca Czech Republic s.r.o. s. 38.

<sup>50</sup> VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 2. vyd. Praha: Portál 2000. s. 169.

<sup>51</sup> Srov. LIBIGER, J. *Stigma duševního onemocnění*. In: Psychiatrie- časopis pro moderní psychiatrii 1/2001, Praha: AstraZeneca Czech Republic s.r.o. s. 33.

stereotypních představ o duševních onemocněních je strach a obavy z duševních chorob a jejich nositelů a z obavy „nakažlivosti“.

Jak jsem již uvedl, stigma a pověry o duševně nemocných přetrvávají nadále. Ještě dnes se lidem s psychickými potížemi stává, že se od nich společnost distancuje, vyřazovací tendence jsou velice silné. Stigma zdůrazňuje skupinovou identitu jedince a oslabuje váhu jeho individuálních vlastností. Vyčleňuje ho do skupiny se stejnou charakteristikou postižených jedinců. Někdy ho může i chránit.<sup>52</sup>

Kromě toho, že stigma ohrožuje duševně nemocné (snižuje jejich příležitost pracovat, zhoršuje jejich naději na dobrou domluvu s ostatními lidmi atd.), stigma negativně působí i na činnost lékařů. Laicky řečeno – brání jejich cílům (nemocný se nemůže vrátit do společnosti jako svébytný jedinec, je ohrožena motivace k léčbě, léčba samotná apod.).

#### 4.4.3 Důsledky stigmatizace

Vzhledem k současné situaci v české společnosti, tedy k nedostatku informací o duševních nemocech, jejich průběhu a léčení, nemůže „získaná představa“ soupeřit s racionálními argumenty. To, že se nemocný jeví jako divný, nevypočitatelný a nebo slabý je způsobeno přirozeným strachem z toho, co je neznámé, tedy z duševní nemoci. Nedostatečná informovanost a strach vedou k diskriminaci duševně nemocných.<sup>53</sup>

Důsledkem jsou pak potíže se získáním a udržením zaměstnání, problémy s bydlením, zvýšení izolace, menší spolupráce s lékaři a ochota se léčit. V důsledku horších životních podmínek a většího stresu se zhoršuje jak vlastní nemoc, tak zdravotní stav celkově. Dochází k dalšímu nárůstu stigmatu. Vyřešení tohoto problému je pro samotné pacienty a jejich rodiny téměř nemožné. V některých případech je dopad na duševně nemocné tak značný, že stigma je bráno jako druhá nemoc.

#### 4.4.4 Jak se stigmatu bránit?

Zmenšení nebo úplné odstranění stigmatu je závislé na mnoha faktorech. Jedním z těchto faktorů je rozpoznání zdrojů stigmatizace. Zdroje stigmatu jsou vzájemně propojené složky, např. skutečná odlišnost duševně nemocných, předsudek, nároky a hodnoty prostředí. Hlavním zdrojem stigmatu spojeného s onemocněním je ale *izolace*, ke které nemoc vždy směřuje. Onemocnění mnohdy zpřetrhává sociální vazby nemocného. Ten již nemá sílu je znovu navazovat, a tak se plní předpoklad jeho úpadku s duševním onemocněním. Přičemž postačí,

---

<sup>52</sup> <[http://www.stopstigmapsychiatrie.cz/aktual\\_poruchy.html](http://www.stopstigmapsychiatrie.cz/aktual_poruchy.html)> [2008-02-10]

<sup>53</sup> <<http://www.stopstigmapsychiatrie.cz/stigma-psychiatrie-wenigova.html>> [2008-03-10]

aby duševně nemocný zastával pasivní roli. Druhým velkým zdrojem stigmatu je předsudek - o předsudku jsem se již zmínil v kapitole čtyři. Pouze doplním, že předsudek není stigma. Stigma je jeho důsledkem.

Pravděpodobně nejsnažším způsobem obrany je právě odstranění zdrojů stigmatu. To znamená odstranit fakt odlišnosti duševně nemocných a odstranit předsudky, které jsou s těmito lidmi spojeny. Vzhledem k současné situaci je toto nelehký úkol a jde o dlouhodobou činnost. Nelze si myslet, že mávnutím „kouzelného proutku“ najednou předsudky spojené s duševně nemocnými zmizí a že se stanou „obyčejnými“ lidmi.

Další možnost obrany proti stigmatizaci bych viděl v působení na mladou, ještě „netknutou“ generaci. To znamená ovlivnění dětí a dospívajících. Pro názornost špatného vedení mladé, „netknuté“ generace uvádím příklad z vlastní zkušenosti.

*V loňském roce jsem vykonával praxi v Ústavu sociální péče v České Lípě. Jedná se o denní stacionář, kdy cílovou skupinou tohoto zařízení jsou občané:*

- *mentálně postižení občané,*
- *mentálně postižení občané se smyslovým handicapem,*
- *mentálně postižení občané s lehčím tělesným handicapem,*
- *mentálně postižení občané s psychiatrickou diagnózou bez agresivních rysů.*

*V rámci této vykonané praxe jsem se pohyboval s klienty v „běžném prostředí“, jinými slovy se jednalo o styk s veřejností. S klienty jsem se pohyboval ve městě – nákupní zóny, divadlo, ale i veřejný park apod. Při těchto „výletech“ s klienty jsem pozoroval okolí. Na první pohled bylo zřejmé, že občané našeho města takto postižené lidi nepřijímají a straní se jich. V některých případech jsem se dokonce cítil jako aktér nějaké nepovedené divadelní hry, kdy společně s klienty jsem byl nemístně pozorován, v některých případech si na nás kolemjdoucí dokonce ukazovali prstem apod. Asi nejhorší zkušenost jsem měl s učitelkou mateřské školy. Tato paní učitelka zastavila celou svou třídu na procházce a začala dětem vysvětlovat, kdo že to před nimi jde. Její gesta vůči klientům a patrně i její vysvětlení, které se vztahovalo ke způsobu chování klientů, způsobilo mezi dětmi smích. To bylo pro mě neuvěřitelné....*

Dále je velice důležité ovlivnění veřejných činitelů a široké veřejnosti. Dalším z možných způsobů jak se tomuto negativu bránit je vytvoření účinné sítě institucí, která by duševně nemocné neoddalovala od majoritní společnosti, ale naopak je pomáhala do ní začlenit.

Stigmatem a diskriminací se již zabývalo mnoho organizací. Mimo jiné v únoru 1992 přijalo Valné shromáždění Organizace spojených národů (dále jen OSN) rezoluci č. 119, která

prohlašuje léčbu a péči o duševní nemoc za lidské právo. Tato rezoluce byla podkladem pro formulaci Principů k ochraně osob s duševními nemocemi a ke zlepšení péče o duševně nemocné. Tyto principy jsou přílohou rezoluce 119 a mimo jiné obsahují tato prohlášení:<sup>54</sup>

- Všechny osoby mají právo na nejlepší dosažitelnou péči o duševní zdraví.
- Všechny osoby s duševní nemocí, které jsou pro takovou nemoc léčeny, budou léčeny s lidskostí a úctou k přirozené důstojnosti člověka.
- Nevznikne žádná diskriminace na podkladě duševního onemocnění. Diskriminace znamená jakékoliv rozdíly, vyloučení nebo přednost, které odstraňují nebo narušují stejný přístup k právům.
- Každá osoba s duševním onemocněním bude mít všechna práva, která jsou uznána v Univerzální deklaraci lidských práv ... (a dalších dokumentech).
- Zjištění, že některá osoba má duševní onemocnění, musí být provedeno v soulasu s mezinárodně uznávanými lékařskými standardy.
- Rodinné a pracovní konflikty, nekonformita s morálními, sociálními, kulturními nebo politickými hodnotami nebo náboženskou vírou se nikdy nemohou stát rozhodujícím faktorem pro diagnózu duševního onemocnění.
- Každý pacient bude chráněn před újmou vznikající neodůvodněnou farmakologickou léčbou, zneužíváním ze strany ošetřujícího personálu a druhých pacientů.
- Každý pacient má právo na léčbu v nejméně omezujícím prostředí a nejméně omezujícími nebo obtěžujícími prostředky vzhledem k potřebám svého zdravotního stavu.

Snaha změnit situaci stigmatizace duševních poruch v České republice vedla v roce 2004 k vytvoření osvětového projektu s názvem *Změna*, pod hlavičkou Nadace Academia Medica Pragensis a ve spolupráci s dalšími organizacemi. Od začátku se projekt připojil k programu WPA (World Psychiatric Association) *Open the Doors*, který ve světě v r. 1996 odstartoval rozsáhlou vysvětlovací kampaň. Cílem kampaně bylo docílit změny postojů okolí k lidem se schizofrenním onemocněním. Za pomoci profesora Normana Sartoria (exprezidenta WPA) a mnoha předních odborníků, pacientů a příbuzných duševně nemocných z celé České republiky vznikl projekt, který má za cíl snižovat stigma a diskriminační postoje vůči duševně nemocným i oboru psychiatrie. Projekt byl naplánován prozatím na 3 roky

---

<sup>54</sup><[http://www.sanquis.cz/clanek.php?id\\_clanek=63](http://www.sanquis.cz/clanek.php?id_clanek=63)> [2008-02-10]

(2004-2007) a byl zaměřen hlavně na schizofrenii, bipolární poruchu a psychiatrické poruchy v dětství a adolescenci. O těchto a dalších potížích projekt systematicky informuje formou webových stránek, letáků, vzdělávacích akcí, spoluprací s organizacemi pacientů a příbuzných, a především pomocí médií (noviny, časopisy, televize). Vedle těchto informací neustále připomíná existenci stigma a diskriminace, spojených s duševními poruchami. Cílovou skupinou projektu je veřejnost, pacienti a příbuzní, lékaři a zdravotníci a státní správa.<sup>55</sup>

Stigmatizace a diskriminace není problémem pouze v České republice, jedná se o celosvětový problém. Z výše prezentovaných aktivit je zřejmé, že není v současné době podceňován a to jak ve světě, tak i v České republice.

#### 4.4.4.1 Destigmatizace

Vzhledem k tomu, že stigmatizace duševně nemocných je vážným problémem, je důležité se zamyslet nad destigmatizací. Kromě jiného, hraje v tomto procesu proměny postojů k duševně nemocným důležitou roli zdravotnická osvěta a výchova. Nedostatečná informovanost pomáhá udržovat nepříznivý stigmatizovaný stereotyp duševně nemocného, s celou řadou předsudků o jeho chování a léčbě. Stigmatizace je spojená s pocitem odlišnosti. Pokud je skupina lidí vnímána pouze podle odlišnosti, zdá se nám být více cizí a tím pádem pro nás více ohrožující.

Destigmatizace je důležitým, ale zároveň obtížným úkolem. Jejím cílem je změnit stereotyp člověka trpícího duševní nemocí tak, aby nebyl společensky izolován ani sankcionován. Tato změna stereotypu by se měla dále odrazit ve změně postoje zaměstnavatele, rodiny, přátel ale i zdravotníků. Jinými slovy, znamená to seznamovat veřejnost s projevy duševních nemocí, aby je nevnímala jako senzaci nebo odlišnost, ale aby byla schopna jim porozumět a postižené lidi pochopit. Přitom osvětu nelze přeceňovat. Podobně je potřebné pracovat s rodinou a samotným pacientem, protože stereotyp duševně nemocného se projevuje zejména v malých přirozených skupinách.<sup>56</sup>

## 5 Právní postavení duševně nemocných

Kapitola č. 5 je poslední hlavní částí mé práce. Jejím cílem je seznámit čtenáře s problematikou právního postavení duševně nemocných v České republice. Mimo jiné čtenáře

---

<sup>55</sup> <[http://www.stopstigmapsychiatrie.cz/aktual\\_poruchy.html](http://www.stopstigmapsychiatrie.cz/aktual_poruchy.html)> [2008-02-10]

<sup>56</sup> Srov. LIBIGER, J. *Stigma duševního onemocnění*. In: Psychiatrie- časopis pro moderní psychiatrii 1/2001, Praha: AstraZeneca Czech Republic s.r.o. s. 37.

seznámím s ochranou lidských práv v obecné rovině, v mezinárodním měřítku a samostatně pak s ochranou lidských práv v České republice. Zaměřím se na soudní význam jednotlivých poruch z hlediska práva trestního, občanského, rodinného a pracovního. V samostatné podkapitole potom čtenáře seznámím s oborem soudní psychiatrie, který se k právnímu postavení duševně nemocných významným způsobem vyjadřuje.

V každé společnosti existují určitá práva a povinnosti, která vychází ze psaných i nepsaných všeobecně uznávaných společenských norem. Těmito právy a povinnostmi se řídí každý konkrétní jedinec žijící ve společnosti.

Munková hovoří o existenci *normativního řádu*, na kterém je založeno každé lidské společenství. Je to soubor formálních předpisů a neformálních očekávání, vztahujících se na lidské chování. V každé společnosti rovněž existuje struktura institucí, odrážejících tento normativní řád. Na relativním dodržování těchto formálních předpisů a neformálních očekávání je založena sama existence společnosti, udržení sociálního konsensu.<sup>57</sup>

Obecně lze společenské normy rozdělit na:

- zákony,
- obyčeje,
- mravy,
- tabu.

*Zákony* jsou sociální normy, legislativně zakotvené, včetně přesného vymezení sankcí uplatňovaných při jejich nedodržení. Pomáhají udržet pořádek ve společnosti, slouží k ochraně společnosti před trestnými činy (jejich pachateli), dále stanovují výši a druh trestu pro toho, kdo normy porušil.

Společenské *obyčeje* představují sociální normy, týkající se základní společenské etikety: slušné vystupování a chování, dobrý společenský tón, móda. Přestupky proti nim jsou nejmírněji sankcionovány (pohoršením, posměchem, projevem nelibosti), a to slovně, např. hodnocením „Nehodí se to, případně nesluší se to,“ neverbálně ironickým pošklebkem nebo pokrčením ramen.

Společenské *mravy* jsou sociální normy (např. vztahu rodičů a dětí, mladých a starších), hodnocené kritérii morálnosti, slušnosti. Nedodržení mravů je sankcionováno přísněji a je vyjadřováno odsouzením, odporem, pobouřením, odmítáním, distancováním a pohrdáním.

---

<sup>57</sup> MUNKOVÁ, G. *Sociální deviace*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2004. str. 9.

Společenská *tabu* určují to, co je v dané společnosti v rozporu se společenským vědomím a morálkou. Dále pak to, co je patologicky kriminální a co je ze společenského hlediska nepřipustné (kanibalismus, pohlavní styk v rámci příbuzenstva apod.). Jejich porušení je sankcionováno velmi přísně, a to jak formálně (legislativně), tak neformálně (zavrhující postoj ostatních).

Z výše uvedeného je patrný závěr, že v každé společnosti existují jisté sociální normy. Tyto sociální normy lze charakterizovat jako regulativ sociálních vztahů lidí, jímž se určují a vymezují sociální interakce uvnitř dané sociální skupiny a jímž se přikazuje nebo zakazuje určité chování. Dodržování sociálních norem, které mohou mít formu imperativu (příkazu), rekomendace (doporučení) nebo interdikce (zákazu), je zajišťováno systémem sankcí. Podle stupně naléhavosti dodržování sociálních norem a míry sociálního sankcionování se sociální normy dělí na čtyři kategorie: obyčeje, mravy, zákony a tabu. Jednotlivec respektuje sociální normy podle toho, do jaké míry odpovídají jeho individuálním cílům, zájmům, jeho stupnici hodnot a postojů. Adaptace jedince na sociální normy probíhá od prostého přizpůsobení až k identifikaci.<sup>58</sup>

Já se ve své práci budu zabývat pouze jednou kategorií sociálních norem a to *zákony*. A jak už napovídá název mé bakalářské práce, budu se zabývat tím, jaké mají duševně nemocní postavení v těchto zákonech a jak jsou těmito zákony chráněna jejich práva.

Ale ještě než se začnu věnovat jednotlivým oblastem práva, považuji za nutné, abych čtenáře seznámil s několika základními pojmy, jako je *ochrana lidských práv*, *historie ochrany lidských práv*, *ochrana lidských práv v České republice* apod. Vysvětlením těchto pojmů si potom čtenář vytvoří ucelenější představu o zkoumané problematice, neboť práva osob s duševním onemocněním se z výše uvedených obecných práv odvozují a jsou s nimi úzce spjata.

## **5.1 Ochrana lidských práv**

### **5.1.1 Historie ochrany lidských práv**

Mluvíme-li o základních právech občanských a lidských, rozumí se tím v prvním případě práva, která člověku stát poskytuje, kdežto ve druhém případě jde o práva, které má člověk nezávisle na jakémkoliv státu (označují se též jako práva přirozená). Pojem přirozených práv a tedy rovněž pojem lidských práv vzniká ze základního práva, kterým je

---

<sup>58</sup> <<http://encyklopedie.seznam.cz/heslo/95678-socialni-norma>> [2008-03-05]

právo na život. Lidská práva ve svém souhrnu nejsou ničím jiným než různými kvalitativními stránkami práva na život. Toto rozlišování pochází z pařížské Deklarace lidských a občanských práv z roku 1789. Otázka lidských práv se ve společnostech objevuje již od jejích počátků. Proniká do právního vědomí jak ve východních samovládách (sumerské a babylonské městské státy), tak i ve starověkém Řecku a Římě. Do právních řádů jednotlivých států se však v podstatné míře dostává až ve druhé polovině 18. století, jednak se vznikem nových států (Prohlášení nezávislosti Spojených států amerických roku 1776), nebo v důsledku revolučních změn v již existujících státech (Deklarace práv člověka a občana ve Francii roku 1789). Oba tyto dokumenty měly vliv na další vývoj lidských práv, jak v zemích svého původu, tak také v ostatních civilizovaných státech tehdejšího světa, kde se myšlenky těchto dokumentů začaly více či méně prosazovat. Stále se však až do 20. století jednalo o vnitrostátní chápání problematiky lidských práv, což přinášelo značnou diferenciaci tohoto pojmu.<sup>59</sup>

### 5.1.2 Mezinárodněprávní ochrana lidských práv

Moderní mezinárodněprávní ochrana lidských práv se začíná vyvíjet až na konci druhé světové války jako reakce na tento konflikt, vyvražďování politických odpůrců a rasových či etnických skupin. Vznik mezinárodních lidských práv je spojen s poznáním, že existuje jednota vnitřní a zahraniční politiky státu. Hrůzy druhé světové války vedly spojenecké vlády ke zjištění, že porušování těch nejelementárnějších pravidel ve vnitrostátním měřítku vyvolává za hranicemi obdobná porušení norem mezinárodního práva, tedy že vnitrostátní totalita přivolává útočnou zahraniční politiku.<sup>60</sup>

V současné době na mezinárodní úrovni zajišťují ochranu lidských práv a základních svobod *Výbor pro lidská práva, Komise pro lidská práva a její subkomise pro předcházení diskriminace a ochranu menšin, Výbor proti mučení Ženevě*. Dále pak je to *Evropská komise pro lidská práva a Evropský soud pro lidská práva ve Štrasburku*.

*Výbor pro lidská práva* přijímá a projednává oznámení jednotlivců, u kterých došlo k porušení některého práva uznaného v Mezinárodním paktu o občanských a politických právech. *Komise pro lidská práva* se zabývá stížnostmi na porušování jakýchkoliv lidských práv a základních svobod, tedy stížnostmi, které podávají důkaz o situaci v oblasti lidských práv v kterékoliv zemi, přičemž stížnost může být podána jak jednotlivcem, tak i skupinou

<sup>59</sup> <<http://mezinarodni2.juristic.cz/30481/clanek/mpv1>> [2008-03-06]

<sup>60</sup> <<http://www.e-polis.cz/mezinarodni-pravo/54-system-ochrany-lidskych-prav-na-zaklade-paktu-z-roku-1966.html>> [2008-03-06]



osob nebo nevládní organizací. *Výbor proti mučení* projednává zprávy smluvních států o opatřeních přijímaných proti mučení. *Evropská komise pro lidská práva* projednává stížnosti fyzických osob, skupin a nevládních organizací na porušení práv přiznaných Úmluvou o ochraně lidských práv a základních svobod, jehož se dopustil stát (jeho orgány). V případě, že posouzení stížnosti Komisí neskončí smírným urovnáním nebo odmítnutím stížnosti, rozhodne Komise o jejím předání *Evropskému soudu pro lidská práva*, který ve věci rozhodne. Evropský soud pro lidská práva je jediným a nejvyšším vykladatelem Úmluvy o ochraně lidských práv a základních svobod.<sup>61</sup>

### 5.1.3 Ochrana lidských práv v České republice

V České republice je v době začínajícího 21. století problematice lidských práv a jejich ochraně věnována čím dál větší pozornost. Jedním z hlavních důvodů tohoto dění je začlenění České republiky do soustavy evropských orgánů a institucí a „sbližování se“ českého a evropského právního řádu (mezinárodního právního řádu).

Lidská práva jsou práva jednotlivců, tedy fyzických osob. Přehled základních lidských práv a svobod je uveden v Ústavě České republiky č.1/119 Sb., v Listině základních práv a svobod č. 2/1993 Sb. a dále pak v ratifikovaných a vyhlášených mezinárodních smlouvách o lidských právech a základních svobodách, jimiž je Česká republika vázána.<sup>62</sup>

Dodržování základních práv a svobod zajišťuje stát soustavou právních, ekonomických, sociálních opatření a prostředků. Jejich ústavní a mezinárodněprávní ochrana je poskytována tehdy, když stát resp. jeho orgány, svým rozhodnutím porušil základní právo nebo svobodu fyzické osoby.<sup>63</sup>

V našem státě zajišťují ochranu všech práv (práv obsažených v ústavních i ostatních zákonech) nezávislé obecné soudy. Základní práva a svobody, včetně lidských práv, jsou ještě navíc chráněna Ústavním soudem České republiky.

Všechny výše uvedené zákony a instituce jsou garantem ochrany lidských práv všech občanů České republiky, tedy i duševně nemocných.

---

<sup>61</sup> ŠÍMA, A., SUK, M. *Základy práva pro střední a vyšší odborné školy*. 6. vyd. Praha: C. H. Beck, 2004. s. 46

<sup>62</sup> ŠÍMA, A., SUK, M. *Základy práva pro střední a vyšší odborné školy*. 6. vyd. Praha: C. H. Beck, 2004. s. 43

<sup>63</sup> ŠÍMA, A., SUK, M. *Základy práva pro střední a vyšší odborné školy*. 6. vyd. Praha: C. H. Beck, 2004. s. 43

### 5.1.3.1 Nevládní neziskové organizace a ochrana práv

Kromě již zmiňovaných zákonů a subjektů na ochranu lidských práv, existují v České republice i nevládní neziskové organizace, které mají ve svých programech ochranu lidských práv, včetně ochrany práv duševně nemocných.

Nevládní neziskové organizace nebo nestátní neziskové organizace bývají někdy označovány podle anglické zkratky jako *NGO (Non-Governmental Organization)*. Jedná se o organizace zabývající se obecně prospěšnou činností, avšak nezřizované státem a na státu nezávislé. Nevládní organizace často kritizují nedostatky a pochybení státu či jeho zákonodárné a výkonné moci. Z principu nezávislosti neusilují o politické funkce.<sup>64</sup>

Nevládních (nestátních) neziskových organizací, které mají v programu zahrnutu ochranu lidských práv, existuje v České republice velké množství. Vzhledem k této skutečnosti se nebudu rozepisovat k jednotlivým organizacím, k jejich programům a cílům. Pouze jich několik uvedu v následující prezentaci, jedná se o ty nejznámější:

- Český helsinský výbor
- Fokus
- Občanské sdružení Kolumbus
- Česká asociace pro psychické zdraví
- Hnutí na ochranu práv duševně nemocných
- Občanská komise za lidská práva
- Centrum ochrany lidských práv jižní Čechy
- Evropská unie pro lidská práva

Tolik k nevládním neziskovým organizacím. V následující kapitole bych se chtěl na několika řádkách zmínit o další důležité „instituci“ v České republice, jejíž činnost rovněž souvisí s ochranou práv a svobod a to o Veřejném ochránci práv.

### 5.1.3.2 Veřejný ochránce práv

Zkušenosti z řady evropských zemí přispěly k tomu, že i v České republice byl zaveden institut Veřejného ochránce práv. Stalo se tak zákonem č. 349/1999 Sb., O veřejném ochránci práv.

---

<sup>64</sup> <[http://cs.wikipedia.org/wiki/Nevl%C3%A1dn%C3%AD\\_neziskov%C3%A1\\_organizace](http://cs.wikipedia.org/wiki/Nevl%C3%A1dn%C3%AD_neziskov%C3%A1_organizace)> [2008-03-06]

Primárním úkolem ochránce, jak vyplývá z dikce zákona č. 349/1999 Sb., není chránit základní lidská práva a občanské svobody. Tento úkol je v našem právním řádu svěřen soudním orgánům a to především ústavnímu soudu. Institut ochránce není koncipován jako konkurence soudních orgánů.<sup>65</sup>

Úkolem ochránce je působit při ochraně osob před jednáním úřadů vymezených výše, pokud je:<sup>66</sup>

- a) v rozporu s právem,
- b) neodpovídá principům demokratického právního státu a dobré správy,
- c) jakož i před jejich nečinností, a tím přispívá k ochraně základních práv a svobod.

ad a) Státní moc lze uplatňovat v případech, v mezích a způsoby, které stanoví zákon. Tuto zásadu obsahuje čl. 2 odst. 2 Listiny základních práv a svobod a čl. 2 odst. 2 Ústavy České republiky. Pouze zákon tedy stanoví, kdy může být státní moc uplatňována, jakým způsobem a jakými prostředky. Každý orgán, úřad, ale i jejich pracovník při výkonu státní moci musí mít pro svoji činnost oporu v zákoně. V rozporu s právem je tedy každé jednání, které oporu v zákoně nemá.

ad b) Principy právního státu a dobré správy nejsou v našem právním řádu výslovně upraveny a jedná se spíše o zásady, na kterých je založena naše ústava a celý náš právní řád. Zákonomodárce zde měl zřejmě na mysli ochranu před byrokratickým, nespravedlivým, liknavým, arogantním nebo nezdvořilým jednáním. Každý občan má právo na dobré právo, právní jistotu a na odpovědné chování státu a jeho úředníků.

ad c) Činnost ochránce se týká i případů, kdy úřad; resp. jeho pracovník je nečinný v případě, že mu činnost ukládá zákon. Do této skupiny patří i případy, kde dochází k neodůvodnitelným průtahům řízení.

Obecně lze shrnout, že úkolem ochránce je působit na činnost veřejné správy tak, aby došlo ke zlepšení přístupu úředníků k občanům. Konečným cílem je veřejná správa, která ctí zákony, pravidla slušného chování a vystupuje spíše jako ochránce a pomocník občanů (tedy i duševně nemocných) než arogantní byrokratický orgán žijící svým vlastním životem.

## **5.2 Trestní právo ve vztahu k duševně nemocným**

Nelze vůbec odhadnout dobu a zemi, ve které se začal nejdříve uplatňovat odlišný přístup v trestním postihu duševně nemocných. Rozhodně to bylo dříve, než k této problematice byly vydány platné zákony, popř. usnesení. Například římské právo promíjelo

<sup>65</sup> Zákon č. 349/1999 Sb., O veřejném ochránci práv, ve znění pozdějších změn a doplňků.

<sup>66</sup> <<http://ustavni.juristic.cz/70133/clanek/ustava1>> [2008-03-06]

trest pachatelům „šileným a blbým“ a kanovnické právo k nim přidružovalo i náměsíčníky a osoby v horečce. Hrdelní řád Josefa I. netrestal toho, kdo byl úplně zbaven rozumu a mírnil trest u těch, kteří byli zbaveni rozumu částečně. V naší zemi asi do poloviny 16. století rozhodovali sami soudci, kdo je duševně nemocen. S postupem času, jak se psychiatrické znalosti rozšiřovaly, dospěla většina států k tomu, že do svých zákonů zahrnula ustanovení o nepříčetnosti (tento pojem bude vysvětlen níže). Toto ustanovení obsahovalo klausuli, týkající se neporušenosti volních (ovládacích) schopností obviněného, vedle schopností s úsudkem (myšlením, intelektem), které byly brány výhradně v úvahu v dřívějších ustanoveních.

Trestní zákon výslovně nestanoví, co je příčetnost, ale uvádí nepříčetnost jako okolnost, vylučující trestní odpovědnost.<sup>67</sup> Nepříčetností se rozumí stav, kdy někdo v důsledku duševní poruchy, která existuje v době spáchání činu, nemůže buďto rozpoznat, že jeho jednání je pro společnost nebezpečné, anebo nemůže své chování ovládat (stačí nedostatek jedné z těchto schopností). Samotná duševní porucha bez toho, že by vyvolávala nedostatek schopnosti rozpoznávací nebo určovací, nemůže být důvodem nepříčetnosti. Duševní porucha a nedostatek rozpoznávací nebo určovací schopnosti musí být v době spáchání trestného činu aktuální.

Šíma a Suk hodnotí příčetnost pachatele. Chápu ji jako způsobilost být po stránce duševních schopností pachatelem trestného činu. Způsobilost spatřují jednak ve schopnostech rozpoznávacích a jednak ve schopnostech ovládacích, přičemž rozpoznávací schopnosti nejsou zachovány zejména tehdy, jestliže pachatel pro omezenou rozumovou kapacitu není schopen rozpoznat dosah svého jednání.<sup>68</sup>

Jestliže pachatel spáchal trestný čin ve stavu zmenšené příčetnosti, soud k této okolnosti přihlíží při stanovení druhu a výše trestu. O zmenšené příčetnosti hovoříme tehdy, když jsou rozumové nebo ovládací schopnosti pachatele v důsledku duševní choroby pouze zeslabené, ale v zásadě zachované.<sup>69</sup>

Nasvědčují-li konkrétní okolnosti, že obviněný může trpět duševní poruchou, která v době činu mohla vylučovat nebo snižovat jeho příčetnost, musí být tato možnost v trestním řízení ověřena a otázka jeho duševního zdraví náležitě objasněna. Toho se docílí přibráním znalce. Povaha této otázky vyžaduje, aby její posouzení bylo založeno na odborných znalostech z oboru psychiatrie.<sup>70</sup>

---

<sup>67</sup> § 12, zákon č. 140/1961 Sb., trestní zákon, ve znění pozdějších změn a doplňků.

<sup>68</sup> ŠÍMA, A., SUK, M. *Základy práva pro střední a vyšší odborné školy*. 6. vyd. Praha: C. H. Beck, 2004. s. 289.

<sup>69</sup> ŠÍMA, A., SUK, M. *Základy práva pro střední a vyšší odborné školy*. 6. vyd. Praha: C. H. Beck, 2004. s. 289.

<sup>70</sup> § 116, zákon č. 141/1961 Sb., trestní řád, ve znění pozdějších změn a doplňků.

Duševní stav obviněného se vyšetřuje na svobodě a není-li to možné, tak ve zdravotnickém ústavu. O tomto umístění však rozhoduje soud. Shledá-li znalec u obviněného příznaky nasvědčující jeho nepřičetnosti nebo zmenšené přičetnosti, vysloví se zároveň k tomu, zda je jeho pobyt na svobodě nebezpečný. V takovém případě může soud obviněnému uložit ochranné léčení. Ale pouhé spáchání činu jinak trestného ve stavu nepřičetnosti k uložení ochranného léčení nestačí. Pobyt takové osoby musí být i v budoucnu nebezpečný pro zájmy chráněné trestním zákonem. Tato podmínka je splněna, je-li vysoce pravděpodobné, že nepřičetná osoba, která spáchala čin jinak trestný, spáchá znovu závažnější útok na zájmy chráněné zákonem a v důsledku duševní poruchy.

Trestní zákon rozeznává ochranná léčení buď ústavní nebo ambulantní<sup>71</sup>. Výkon ústavního léčení je upraven v trestním řádu<sup>72</sup>. Výkonem psychiatrického léčení ústavního pověřuje předseda senátu příslušné psychiatrické zařízení, které soudu v místě působení tohoto zařízení oznámí datum zahájení léčby. Ochranné léčení má trvat tak dlouho, dokud to vyžaduje jeho účel. Pokud je účel ochranného léčení splněn, psychiatrické zařízení o této skutečnosti opět informuje soud, který léčení ukončí nebo je v případě léčení ústavního přemění na léčení ambulantní. V praxi se přihlíží i k postoji posuzovaného k zamýšlené ochranné léčbě. Pokud posuzovaný nemá motivaci a struktura jeho osobnosti je nepříznivá, tak se léčba nedoporučuje.<sup>73</sup>

Pokud je obviněný zbaven způsobilosti k právním úkonům nebo je jeho způsobilost k právním úkonům omezena, má vždy svého zákonného zástupce. Zákonnému zástupci obviněného propůjčuje zákon široká obhajovací práva, neboť takový obviněný není schopen si sám obstarávat náležitě své věci. Jinými slovy je zákonný zástupce oprávněn obviněného zastupovat, zejména pak volit mu obhájce, činit za něj návrhy, podávat žádosti a opravné prostředky a je oprávněn zúčastnit se všech úkonů, kterých se může zúčastnit obviněný. V jeho prospěch může tato práva vykonávat i proti vůli zastoupeného. Kdo je zákonným zástupcem obviněného, který je zbaven způsobilosti k právním úkonům nebo jehož způsobilost je k těmto úkonům omezena, stanoví zákon o rodině.

Institut nutné obhajoby stanovuje, že obviněný musí mít již v přípravném řízení (je-li zbaven způsobilosti k právním úkonům nebo je jeho způsobilost omezena) vždy obhájce. V tomto případě může obhájce svá oprávnění vykonávat též proti vůli obviněného.<sup>74</sup>

---

<sup>71</sup> § 72 odst. 4., zákon č. 140/1960 Sb., trestní zákon, ve znění pozdějších změn a doplňků.

<sup>72</sup> § 351 – 353, zákon č. 141/1961 Sb., trestní řád, ve znění pozdějších změn a doplňků.

<sup>73</sup> PAVLOVSKÝ, P. a kol. *Soudní psychiatrie a psychologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2001. s. 12.

<sup>74</sup> § 36 odst. 1., zákon č. 141/1961 Sb., trestní řád, ve znění pozdějších změn a doplňků.

Právní postavení duševně nemocných se v trestním právu odvíjí od základních pojmů *zbavení způsobilosti k právním úkonům, popř. omezení způsobilosti k právním úkonům a nepřičetnost*. K uvedeným pojmům se později souhrnně vyjádřím v kapitole č. 6.

### **5.3 Občanské právo ve vztahu k duševně nemocným**

Pod pojmem občanské právo je třeba rozumět souhrn právních norem, které upravují společenské vztahy, tvořící předmět občanského práva, tedy majetkové vztahy fyzických a právnických osob, majetkové vztahy mezi těmito osobami a státem, jakož i vztahy vyplývající z práva na ochranu osobnosti. Jedná se pouze o takové vztahy, ve kterých mají účastníci rovné postavení. Toto je typické např. u smluv (kupní, darovací apod.), nikoliv však např. u placení daní, pokut, poplatků kde správní orgán má postavení nadřazené.

Občanské právo se skládá z pěti základních částí, jimiž jsou:<sup>75</sup>

- práva věcná,
- práva závazková,
- právo dědické,
- práva osobnostní,
- práva osobně majetková.

Ve všech občanskoprávních věcech hraje důležitou roli pojem *způsobilost k právním úkonům*. Právní úkon je dle § 34 Občanského zákoníku projev vůle směřující zejména ke vzniku, změně nebo zániku práv nebo povinností, které právní předpisy s takovým úkonem spojují. Způsobilostí se v tomto případě myslí schopnost vlastními právními úkony nabývat práv a brát na sebe povinnosti.<sup>76</sup>

Jednou z možností, kdy osoba není způsobilá k právním úkonům, je ta situace, jestliže pro duševní poruchu, která není jen přechodná, není vůbec schopna činit právní úkony. V takovém případě ji potom soud způsobilosti zbaví<sup>77</sup>.

Je-li fyzická osoba pro duševní poruchu, která není jen přechodná, nebo pro nadměrné užívání alkoholických nápojů nebo omamných prostředků či jedů, schopna činit jen některé právní úkony, soud její způsobilost k právním úkonům omezí, přičemž rozsah omezení určí v rozhodnutí. Rozsah omezení způsobilosti k právním úkonům se specifikuje buďto

---

<sup>75</sup> ŠÍMA, A., SUK, M. *Základy práva pro střední a vyšší odborné školy*. 6. vyd. Praha: C. H. Beck, 2004. s. 51.

<sup>76</sup> Zákon č. 40/1964 Sb., občanský zákoník, ve znění pozdějších změn a doplňků.

<sup>77</sup> § 10 odst. 1., zákon č. 40/1964 Sb., občanský zákoník, ve znění pozdějších změn a doplňků.

negativním výčtem úkonů, které posuzovaný nemůže provádět, nebo pozitivním výčtem úkonů, k nimž je posuzovaný jedinec způsobilý. Oba výčty lze kombinovat.<sup>78</sup>

Jestliže je zahájeno řízení o úpravě způsobilosti k právním úkonům, je posuzované osobě ustanoven opatrovník, který chrání její práva. Tento opatrovník však není totožný s opatrovníkem, ustanoveným jako zákonný zástupce posuzované osoby.

Postavení duševně nemocných v občanském právu se podobně jako v trestním právu odvíjí od základních pojmů *zbavení způsobilosti k právním úkonům, popř. omezení způsobilosti k právním úkonům*. K nim se souhrnně vyjádřím v kapitole č. 6.

## **5.4 Rodinné právo ve vztahu k duševně nemocným**

Rodinné právo je v současné době samostatným odvětvím našeho právního řádu. Rodinné právo je tvořeno normami, které upravují otázky manželství, vztahy mezi rodiči a dětmi a dále pak vztahy vznikající při náhradní rodinné péči.

Asi nejdůležitější oblastí rodinného práva, která se dotýká duševně nemocných, je situace kdy vznikají spory o svěření dítěte do výchovy jednoho z rodičů. V takovém případě se posuzuje duševní stav některého z rodičů a jeho výchovných předpokladů, o vhodnosti, rozsahu a způsobu styku s dítětem.<sup>79</sup>

Další neméně významnou oblastí rodinného práva ve vztahu k duševně nemocným je uzavírání sňatku. V tomto případě by přítomnost duševní poruchy mohla způsobit zbavení způsobilosti k právním úkonům a tedy neplatnost uzavření sňatku takovou osobou, v případě, že by k této situaci došlo. Osoba, která je zbavená způsobilosti k právním úkonům může sňatek uzavřít pouze s povolením soudu.<sup>80</sup>

K základním principům postavení duševně nemocných v rodinném právu se stejně jako u předešlých kapitol vyjádřím až v kapitole č. 6.

## **5.5 Postavení duševně nemocných v pracovním právu**

Pracovním právem rozumíme souhrn právních norem, upravujících pracovněprávní vztahy a vztahy s výkonem práce související. Jedná se tedy především o vztahy, týkající se pracovního poměru, ale také o vztahy, které se týkají mezd, dovolených apod. Důležité je připomenout, že pracovní právo je zcela samostatné odvětví, které je oddělené od občanského práva.

<sup>78</sup> Srov. PAVLOVSKÝ, P. a kol. *Soudní psychiatrie a psychologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2001. s. 13.

<sup>79</sup> Srov. PAVLOVSKÝ, P. a kol. *Soudní psychiatrie a psychologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2001. s. 15.

<sup>80</sup> § 14, zákon č. 94/1963 Sb., zákon o rodině, ve znění pozdějších změn a doplňků.

Postavení duševně nemocných v pracovním právu upravuje zákoník práce. Podobně jako v ostatních oblastech práv v České republice, tak i zde se hraje významnou úlohu posouzení způsobilosti k právním úkonům. Konkrétně ve vztahu k uzavírání pracovních smluv nebo ve vztahu k hmotné odpovědnosti apod.

Omezení nebo zbavení způsobilosti může směřovat pouze k právním úkonům, v žádném případě nesmí omezovat práva posuzovaného. V případě, že zaměstnanec pozbude způsobilosti k některým právním úkonům, pak v těchto právních úkonech je zastoupen opatrovníkem, který je ustanoven soudem. Opatrovník se ustanovuje i v případě přechodné duševní nemoci.

Zbavení nebo omezení způsobilosti k právním úkonům fyzické osoby, která je zaměstnavatelem, se řídí § 10 občanského zákoníku. U zaměstnance je to stejné, rovněž rozhoduje § 10 občanského zákoníku. Jestliže fyzická osoba pro duševní poruchu, která není jen přechodná, není vůbec schopna činit právní úkony, soud ji způsobilosti k právním úkonům zbaví. V případě, že fyzická osoba pro duševní poruchu, která není jen přechodná, anebo pro nadměrné požívání alkoholických nápojů nebo omamných prostředků či jedů je schopna činit jen některé právní úkony, soud její způsobilost k právním úkonům omezí a rozsah omezení v rozhodnutí určí. Změnit nebo zrušit omezení způsobilosti k právním úkonům může pouze soud a to v tom případě, změní-li se nebo odpadnou důvody, které k tomuto vedly.<sup>81</sup>

I v této kapitole se nebudu vyjadřovat k základním činitelům, které ovlivňují postavení duševně nemocných v pracovním právu a učiním tak až v kapitole č. 6.

## **5.6 Hospitalizace bez souhlasu duševně nemocného**

I když název této části mé práce budí dojem, že nesouvisí s předešlými kapitolami, jde o pouhé zdání. Hospitalizace bez souhlasu duševně nemocného je vážným zásahem do jeho práv a s platnou legislativou České republiky úzce souvisí.

Hospitalizace bez souhlasu duševně nemocného je upravena Základní listinou práv a svobod<sup>82</sup> a zákonem č. 20/1996 Sb. péče o zdraví lidu, ve znění pozdějších změn a doplňků.<sup>83</sup>

Bez souhlasu nemocného je možné provádět vyšetřovací a léčebné výkony, a je-li to podle povahy onemocnění třeba, převzít nemocného i do ústavní péče:<sup>84</sup>

- a) jde-li o nemoci stanovené zvláštním předpisem, u nichž lze uložit povinné léčení,

---

<sup>81</sup> Zákon č. 40 / 1964 Sb., občanský zákoník, ve znění pozdějších změn a doplňků.

<sup>82</sup> Zákon č. 86/1992 Sb., Základní listina práv a svobod.

<sup>83</sup> Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších změn a předpisů.

<sup>84</sup> PAVLOVSKÝ, P. a kol. *Soudní psychiatrie a psychologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2001. s. 14.



- b) jestliže osoba, jevící známky duševní choroby nebo intoxikace ohrožuje sebe nebo své okolí,
- c) není-li možné vzhledem ke zdravotnímu stavu nemocného vyžádat si jeho souhlas a jde o neodkladné výkony, nutné k záchraně života a zdraví.

Bezprostřední zákrok vedoucí k nedobrovolné hospitalizaci se realizuje prostřednictvím záchranné služby. V případech, kdy by projevy duševní poruchy vážně ohrožovaly zdraví nebo životy členů záchranné služby, může záchranná služba požádat o pomoc policii nebo v některých případech i hasiče.

Kapitolou č. 5.6 jsem ukončil pojednání o jednotlivých oblastech práv platné legislativy České republiky, vztahujících se k duševně nemocným. Následující kapitola s názvem *Soudní psychiatrie* je samostatnou kapitolou v závěrečné části mé práce a pokusím se v ní vystihnout vztah soudní psychiatrie k duševně nemocným a dále pak postavení soudní psychiatrie v jednotlivých oblastech práv v platné legislativě České republiky.

## 5.7 Soudní psychiatrie

Ve všech jednotlivých oblastech práva, tak jak jsem je výše prezentoval, má soudní psychiatrie velmi důležitou úlohu, neboť se zásadním způsobem vyjadřuje k právnímu postavení duševně nemocných osob.

Předmětem soudní psychiatrie je soudně znalecká činnost, preventivně léčebná, výzkumná a výuková.<sup>85</sup>

Tuto činnost provádí kompetentní pracovník, označován jako znalec, prostřednictvím znaleckého posudku. Znalecký posudek se skládá z úvodu, výpisu ze spisového materiálu, z vlastního šetření znalce a konečně pak ze závěru, ve kterém jsou uvedeny odpovědi na všechny otázky zadavatele posudku. V závěru znalec uvádí rozbor nejzávažnějších skutečností, které vedou ke konečné diagnóze – verdiktu (zjištění přítomnosti duševní nemoci a její vliv na jednání člověka). Závěr je vždy jádrem znaleckého posudku.

Znalecká expertiza v oblasti trestně právní se zabývá posuzováním rozpoznávacích a ovládacích schopností pachatele v době spáchání trestného činu, jeho současným zdravotním stavem, schopností účastnit se trestního řízení, jeho společenskou nebezpečností z lékařského hlediska a zvážením vhodnosti ochranných opatření.<sup>86</sup>

---

<sup>85</sup> PAVLOVSKÝ, P. a kol. *Soudní psychiatrie a psychologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2001. s. 9.

<sup>86</sup> PAVLOVSKÝ, P. a kol. *Soudní psychiatrie a psychologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2001. s. 10.

Rovněž tato expertíza napomáhá při rozhodování o přičetnosti, zmenšené přičetnosti nebo nepřičetnosti pachatele. Je nutné však mít na paměti, že všechny tyto termíny jsou právnícké a znalec k jejich užívání není kompetentní. Předmětem znaleckého posudku v tomto případě je posoudit schopnost pachatele rozpoznat společenskou nebezpečnost svého jednání a schopnost toto své jednání ovládat.

V ostatních odvětvích práva v České republice (občanské právo, rodinné právo apod.) se znalec vyjadřuje k otázce způsobilosti k právním úkonům. Stejně jako v oblasti trestně právní i v tomto případě je znalec nestrannou osobou a ve znaleckém posudku mu nepřísluší pracovat s právními termíny (způsobilost k právním úkonům), ale „pouze“ se vyjadřuje ke schopnosti posuzovaného „být způsobilý k právním úkonům“.

## 6 Shrnutí

Jak už napovídá název této kapitoly, jejím hlavním cílem bude shrnutí dosud získaných poznatků z předešlých kapitol 5.2 – 5.7. Vyjádřím se zde k základním pojmům, které významným způsobem utváří postavení duševně nemocných v platné legislativě České republiky.

Po prostudování veškeré mě dostupné literatury, týkající se právního postavení duševně nemocných jsem zjistil, že skoro všechny prezentované oblasti práva mají jednoho společného činitele a tím je *zbavení způsobilosti k právním úkonům, popř. omezení způsobilosti k právním úkonům*. Samostatné postavení v této problematice má pak právo trestní, kde se vyskytuje navíc ještě pojem *nepřičetnost*, tedy stav, kdy někdo v důsledku duševní poruchy, která existuje v době spáchání činu, nemůže buďto rozpoznat, že jeho jednání je pro společnost nebezpečné nebo nemůže své chování ovládat.

Postavení duševně nemocných v pracovním právu je víceméně závislé na již zmiňovaném pojmu, *zbavení způsobilosti k právním úkonům*, které se v této oblasti práva hodnotí podle občanského zákoníku<sup>87</sup>. Právní postavení duševně nemocných v oblasti občanského práva je upraveno v občanském zákoníku, ve shora již zmiňovaném ustanovení § 10. Zrovna tak jako v předešlých oblastech práv v České republice, tak i v rodinném právu se vyskytuje pojem *zbavení způsobilosti k právním úkonům, popř. omezení způsobilosti k právním úkonům*. Opět se zde využívá § 10 občanského zákoníku, kde jsou tyto dva pojmy specifikovány a již jsem je popsal v předešlých kapitolách. Všechny oblasti práva České republiky, ve kterých je zmiňováno postavení duševně nemocných, disponují termíny

---

<sup>87</sup> § 10, zákon č. 40/1964 Sb., občanský zákoník, ve znění pozdějších změn a doplňků.

nepříčetnost, zbavení či omezení způsobilosti k právním úkonům. Aby byl někdo označen za nepříčetného nebo aby byl zbaven způsobilosti k právním úkonům, musí v těchto případech rozhodnout příslušný soud. Pro své rozhodnutí má soud k dispozici znalecký posudek z oboru zdravotnictví, odvětví psychiatrie (viz. kapitola 5.7).

Detence duševně nemocných osob je kromě vazby a trestu odnětí svobody nejčastějším způsobem odnětí osobní svobody. Z hlediska ochrany práv duševně nemocných zde lze nalézt mnoho problémů a to právě vzhledem k jejich zvýšené zranitelnosti. Na tomto místě bych se chtěl pozastavit a problému nedobrovolné hospitalizace duševně nemocných se věnovat podrobněji.

Jednou ze stěžejních právních norem, která se vztahuje k tomuto problému je Listina základních práv a svobod. Její zásady se promítají postupně do řady dalších právních norem, které souvisí se zdravotnictvím. Z mezinárodně uznávaných dalších dokumentů se lze zmínit např. o Deklaraci lidských práv duševně nemocných. V současné době je detenční řízení v kompetenci příslušných soudů. Přípustnost a důvodnost nedobrovolné hospitalizace garantuje soud až po znaleckém posouzení, které provádí znalec z oboru psychiatrie. Po lékaři, který zpracovává znalecký posudek, na konkrétního člověka je požadováno, aby vycházel pouze z výsledku vlastního vyšetření nemocného, nikoliv zprostředkovaně z informací získaných od příbuzných apod. Zde se může vyskytnout obava, že v případě rodinných, majetkových nebo bytových neshod mezi příbuznými mohou být někdy informace jimi podávané nepřesné, polopravdivé a účelové. Důvodů může být několik, např. manipulace s majetkem hospitalizovaného. V některých situacích se lékař (znalec) bez informací od rodiny neobejde. A právě tehdy nemusí rozpoznat jejich nespolehlivost. Já osobně se domnívám, že lékaři nemají zájem svou činností poškozovat duševně nemocné, ledaže by podléhali např. nátlaku ze strany příbuzných. Z výše uvedených řádků je zřejmé, že jako v předešlých případech, tak i při nedobrovolné hospitalizaci duševně nemocného, hraje významnou úlohu lékař – znalec z oboru psychiatrie.

Aby bylo zachováno rovnoprávné postavení duševně nemocných osob, je znalec samostatnou nezávislou a nestrannou osobou. Při své činnosti by měl využívat objektivně získaná data o posuzovaném, která jsou, která jsou jak je výše uvedeno, prezentována ve znaleckém posudku. Znalecký posudek by potom měl sloužit jedinému, měl by být podkladem pro objektivní posouzení konkrétního případu a spravedlivé rozhodnutí příslušného soudu.

Významnou úlohu v činnosti znalce zastává jeho nestrannost a profesionalita. Jen v málokterém z oborů může mít chybné (ať už úmyslně či nikoliv) posouzení „klienta“ takové

závažné důsledky jako v soudní psychiatrii. Znalec může svou zprávou ve značné míře ovlivnit rozhodování soudu. Subjektivní data, nedostatek sebekritičnosti znalce nebo profesionální dovednosti a z toho vyplývající chybné závěry, mohou mít na jedné straně fatální následky pro klientovu čest, majetek a život vůbec, na druhé straně mohou ohrozit společnost.

Činnost znalce má významné etické aspekty pro právní postavení duševně nemocných v České republice. Znalec je stěžejní osobou v posuzování práv duševně nemocných a měl by být veden k tomu, aby využil svých znalostí a schopností ve prospěch posuzovaného a aby jeho činnost obsahovala profesionalitu, která by měla být měřítkem rovnoprávného postavení duševně nemocných v legislativě České republiky.

Souhrnně lze konstatovat, že právní postavení duševně nemocných v legislativě České republiky je upraveno a zohledněno. Duševně nemocní mají stejná práva jako jiní občané našeho státu. V případě, že nejsou schopni je v důsledku svého onemocnění sami prosazovat a hájit, je jim určen opatrovník, který jejich úlohu v soudním řízení zastane. Dále je jejich rovnoprávné postavení zabezpečeno nestranným a objektivním posouzením duševního stavu konkrétního občana, v konkrétním případě a to prostřednictvím znaleckých posudků, které jsou zpracovány odborníkem, znalcem z oboru psychiatrie.

Je však důležité mít na paměti, že i znalci jsou „jen“ lidé a tudíž se mohou dopustit chyb. Vezmeme-li v úvahu stigma spojené s duševním onemocněním, nízké povědomí veřejnosti a státních institucí o existujících problémech a potřebách duševně nemocných, lze konstatovat, že se zde otevírají další významné výzkumné otázky v dané oblasti, např. dostatečná kontrola nad výkonem funkce znalců v této problematice a s tím spojená úprava v legislativě České republiky.

## **7 Závěr**

Hlavním cílem mé bakalářské práce bylo zmapovat právní postavení duševně nemocných osob v legislativě České republiky a dále pak zjistit, zda-li jsou tyto osoby nějakým způsobem ve svých právech omezovány či znevýhodněny. Pro splnění tohoto cíle bylo důležité určit, jaké vůbec mají postavení tyto lidé v naší společnosti. O to jsem se pokusil v kapitolách 2 – 3.2, kde jsem pojednal o normě, normalitě, dále pak o duševním zdraví, které je s normalitou úzce spojeno. Vymezil jsem tyto pojmy a stanovil si, co je v mé práci považováno za normu. V dalších kapitolách jsem se potom věnoval samotným duševním poruchám, jejich etiologii, symptomům, syndromům a samozřejmě jejich současné užívané a

platné klasifikaci v České republice (MKN-10). V kapitolách 4.4 – 4.4.4.1 jsem se dále věnoval neméně důležitému pojmu, stigmatizaci duševně nemocných a vlastně všemu, co je s tímto fenoménem spojeno, včetně toho, jak stigmatizace ovlivňuje postavení duševně nemocných ve společnosti.

V kapitole 5 a v kapitole 6 jsem věnoval pozornost právnímu postavení duševně nemocných. Konkrétně jsem se zaměřil na ochranu lidských práv v obecném pojetí, její historii, dále pak na ochranu lidských práv v mezinárodním měřítku a také v samotné České republice. Rovněž jsem zde rozpracoval jednotlivé oblasti práva České republiky ve vztahu k duševně nemocným, ve kterých jsem pospal jejich právní postavení, tak jak je upraveno v těchto oblastech současnou platnou legislativou České republiky. V samostatné podkapitole jsem také věnoval pozornost soudní psychiatrii, která se k právnímu postavení duševně nemocných významným způsobem vyjadřuje.

V průběhu zpracování mé bakalářské práce jsem prostudoval velké množství literatury, týkající se duševně nemocných, jejich postavení ve společnosti jako takové a taktéž jejich právního postavení v platné legislativě České republiky. Prostudováním mě dostupné literatury jsem získal velké množství poznatků a informací, které souvisí s duševně nemocnými. Jejich vyhodnocením a zpracováním v kapitole 6 (shrnutí) jsem splnil stanovený cíl mé práce. Vzhledem k tomu, že má práce měla čistě spekulativní charakter, nejsou jejím výstupem určitá získaná data, se kterými by bylo možné dále pracovat. Hlavní přínos práce bych viděl ve zmapování právního postavení duševně nemocných v platné legislativě České republiky, respektive v různých oblastech práva a dále pak v samotném zjištění nedostatečné kontroly výkonu funkce znalců z oboru psychiatrie, kteří se významnou měrou podílí na právním postavení duševně nemocných.

## **8 Navrhované opatření**

Nejdůležitějším zjištěním mé práce je dle mého názoru absence spolehlivého kontrolního mechanismu při výkonu funkce znalce z oboru psychiatrie v problematice právního postavení duševně nemocných. Vzhledem k tomu, že se znalci významným, ne-li nejvýznamnějším, způsobem podílí či ovlivňují postavení duševně nemocných ve všech oblastech práva v České republice a vzhledem k tomu, že kontrola jejich činnosti, je dle mého názoru, nedostatečná, navrhuji, aby byla provedena úprava legislativy České republiky, konkrétně úprava, která by umožňovala průhlednější a snáze proveditelnou kontrolu činnosti

znalců. Potřeby a práva duševně nemocných by měla být zohledněna v připravovaných návrzích zákonů, týkající se této problematiky.

## 9 Seznam použitých zdrojů

- ČÍRTKOVÁ, L. *Policejní psychologie*. 2. vyd. Praha: Support, 1996. ISBN 80-902164-0-4.
- DUŠEK, K., CHROMÝ, K., MALÁ, E. *Psychiatrie. Učebnice pro zdravotnické školy*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1981. ISBN 08-090-81.
- GROF, S. *Za hranice mozku*. 1. vyd. Praha: Gemma89, 1993. ISBN 80-85206-12-9.
- HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-303-X.
- CHROMÝ, K. *Duševní nemoc: Sociologický a sociálněpsychologický pohled*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1990. ISBN 80-201-0050-4.
- JANÍK, A. *Veřejnost a duševně nemocný*. Praha: Avicenum, 1987. ISBN 08-073-87.
- LIBIGER, J. *Stigma duševního onemocnění*. In: *Psychiatrie- časopis pro moderní psychiatrii* 1/2001, Praha: AstraZeneca Czech Republic s.r.o., ISSN 1211-7579.
- MALÁ, E., PAVLOVSKÝ, P. *Psychiatrie. Učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Portal, 2002. ISBN 80-7178-700-0.
- MUNKOVÁ, G. *Sociální deviace*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2004. ISBN 80-246-0279-2.
- NAKONEČNÝ, M. *Lexikon psychologie*. 1. vyd. Praha: Printo, 1995. ISBN 80-85255-74-X.
- NETÍK, K., NETÍKOVÁ, D., HÁJEK, S. *Psychologie v právu*. 1. vyd. Praha: C. H. Beck, 1997. ISBN 80-7179-177-6.
- PAVLOVSKÝ, P. a kol. *Soudní psychiatrie a psychologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2001. ISBN 80-247-0181-2.
- PONĚŠICKÝ, J. *Neurózy, psychosomatický onemocnění a psychoterapie*. 1. vyd. Praha: Triton, 1999. ISBN 80-7254050-5.
- PRAŠKO, J. a kol. *Poruchy osobnosti*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-737-X.
- PRAŠKO, J. a kol. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Informatorium, 2003. ISBN 80-7333-002-4.
- PRAŠKO, J. *Úzkostné poruchy*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-997-6.

- SMOLÍK, P. *Duševní a behaviorální poruchy*. 2. vyd. Praha: MAXDORF, 2001. ISBN 80-5912-18-X.
- STYX, P. *O psychiatrii. Jak žít a jednat s duševně nemocnými lidmi*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2003. ISBN 80-7226-828-7.
- SVOBODA, M. *Psychopatologie a psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-154-9.
- SYŘIŠTOVÁ, E., *Normalita osobnosti*. Praha: Avicem, 1972.
- ŠÍMA, A., SUK, M. *Základy práva pro střední a vyšší odborné školy*. 6. vyd. Praha: C. H. Beck, 2004. ISBN 80-7179-876-2.
- ŠTURMA, P. *Mezinárodní a evropské kontrolní mechanismy v oblasti lidských práv*. 2. vyd. Praha: C. H. Beck, 2003. ISBN 80-7179-398-1.
- VACEK, J. *O nemocech duše. Kapitoly z psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 1996. ISBN 80-204-0535-6.
- VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 2. vyd. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-496-6.
- Zákon č. 140/1961 Sb., trestní zákon, ve znění pozdějších změn a doplňků.
- Zákon č. 141/1961 Sb., trestní řád, ve znění pozdějších změn a doplňků.
- Zákon č. 40/1964 Sb., občanský zákoník, ve znění pozdějších změn a doplňků.
- Zákon č. 94/1963 Sb., zákon o rodině, ve znění pozdějších změn a doplňků.
- Zákon č. 2362/2006 Sb., zákoník práce, ve znění pozdějších změn a doplňků.
- Zákon č. 86/1992 Sb., Základní listina práv a svobod.
- Zákon č. 349/1999 Sb., o veřejném ochránci práv, ve znění pozdějších změn a doplňků.
- Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších změn a doplňků.

### **Seznam použitých elektronických zdrojů:**

<[http://ec.europa.eu/health-eu/health\\_problems/mental\\_health/index\\_cs.htm](http://ec.europa.eu/health-eu/health_problems/mental_health/index_cs.htm)> [2008-01-03]

<[http://www.zdravcentra.cz/cps/rde/xchg/zc/xsl/58\\_14600.html](http://www.zdravcentra.cz/cps/rde/xchg/zc/xsl/58_14600.html)> [2008-03-08]

<[http://www.sanquis.cz/clanek.php?id\\_clanek=531](http://www.sanquis.cz/clanek.php?id_clanek=531)> [2008-03-05]

<[http://www.stopstigmapsychiatrie.cz/aktual\\_poruchy.html](http://www.stopstigmapsychiatrie.cz/aktual_poruchy.html)> [2008-02-10]

<<http://www.stopstigmapsychiatrie.cz/stigma-psychiatrie-wenigova.html>> [2008-03-10]

<[http://www.sanquis.cz/clanek.php?id\\_clanek=63](http://www.sanquis.cz/clanek.php?id_clanek=63)> [2008-02-10]

<[http://www.stopstigmapsychiatrie.cz/aktual\\_poruchy.html](http://www.stopstigmapsychiatrie.cz/aktual_poruchy.html)> [2008-02-10]

<<http://encyklopedie.seznam.cz/heslo/95678-socialni-norma>> [2008-03-05]

<<http://mezinarodni2.juristic.cz/30481/clanek/mpv1>> [2008-03-06]

<<http://www.e-polis.cz/mezinarodni-pravo/54-system-ochrany-lidskych-prav-na-zaklade-paktu-z-roku-1966.html>> [2008-03-06]

<[http://cs.wikipedia.org/wiki/Nevl%C3%A1dn%C3%A1\\_neziskov\\_organizace](http://cs.wikipedia.org/wiki/Nevl%C3%A1dn%C3%A1_neziskov%C3%A1_organizace)> [2008-03-06]

<<http://ustavni.juristic.cz/70133/clanek/ustava1>> [2008-03-06]



## 10 Seznam příloh

Příloha č. 1: *Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize,*  
*Duševní poruchy a poruchy chování*

# Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize

## Duševní poruchy a poruchy chování

### ***F00 – F09 Organické duševní poruchy, včetně symptomatických***

#### **F00 Demence u Alzheimerovy choroby**

*F00.0 Demence u Alzheimerovy choroby s časným začátkem*

*F00.1 Demence u Alzheimerovy choroby s pozdním začátkem*

*F00.2 Demence u Alzheimerovy choroby, atypický nebo smíšený typ*

*F00.9 Demence u Alzheimerovy choroby nespecifikovaná*

#### **F01 Vaskulární demence**

*F01.0 Vaskulární demence s akutním začátkem*

*F01.1 Multiinfarktová demence*

*F01.2 Subkortikální vaskulární demence*

*F01.3 Smíšená kortikální a subkortikální vaskulární demence*

*F01.8 Jiná vaskulární demence*

*F01.9 Vaskulární demence nespecifikovaná*

#### **F02 Demence u chorob klasifikovaných jinde**

*F02.0 Demence u Pickovy choroby*

*F02.1 Demence u Creutzfeldtovy-Jakobovy choroby*

*F02.2 Demence u Huntingtonovy choroby*

*F02.3 Demence u Parkinsonovy choroby*

*F02.4 Demence u infekce HIV*

*F02.8 Demence u ostatních chorob klasifikovaných jinde*

#### **F03 Nespecifikovaná demence**

*pátý znak specifikuje demenci (F00 – F03) podle přidružených příznaků:*

*.x0 Bez přidružených příznaků*

*.x1 Přidružené příznaky, zvláště bludy*

*.x2 Přidružené příznaky, zvláště halucinace*

*.x3 Přidružené příznaky, zvláště deprese*

*.x4 Jiné přidružené nebo smíšené příznaky*

#### **F04 Organický amnestický syndrom jiný, než vyvolaný alkoholem a jinými drogami**

#### **F05 Delirium jiné, než vyvolané alkoholem nebo jinými drogami**

*F05.0 Delirium bez přítomnosti demence*

*F05.1 Delirium nasedající na demenci*

*F05.8 Jiné delirium*

*F05.9 Delirium nespecifikované*

## **F06 Jiné duševní poruchy vznikající následkem onemocnění, poškození nebo dysfunkce mozku, nebo následkem somatického onemocnění**

*F06.0 Organická halucinóza*

*F06.1 Organická katatonní porucha*

*F06.2 Organický syndrom s bludy (schizoformní)*

*F06.3 Organické afektivní poruchy*

*F06.4 Organická úzkostná porucha*

*F06.5 Organická dissociativní porucha*

*F06.6 Organická emoční labilita nebo astenická porucha*

*F06.7 Mírná kognitivní porucha*

*F06.8 Jiné specifikované duševní poruchy při mozkovém poškození a dysfunkci a při somatickém onemocnění*

*F06.9 Nespecifikovaná duševní porucha při poškození a dysfunkci mozku a somatickém onemocnění*

## **F07 Poruchy osobnosti a poruchy chování vyvolané onemocněním, poškozením nebo dysfunkcí mozku**

*F07.0 Organicky podmíněná porucha osobnosti*

*F07.1 Postencefalitický syndrom*

*F07.2 Postkomoční syndrom*

*F07.8 Jiné organicky podmíněné poruchy osobnosti a chování vyvolané onemocněním, poškozením nebo dysfunkcí mozku*

*F07.9 Nespecifikované organicky podmíněné poruchy osobnosti a chování vyvolané onemocněním, poškozením nebo dysfunkcí mozku*

## **F09 Nespecifikované organické nebo symptomatické duševní poruchy**

### **F10 – F19**

***Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek F10 Poruchy vyvolané požíváním alkoholu***

**F11 Poruchy vyvolané požíváním opioidů**

**F12 Poruchy vyvolané požíváním kanabinoidů**

**F13 Poruchy vyvolané užíváním sedativ nebo hypnotik**

**F14 Poruchy vyvolané požíváním kokainu**

**F15 Poruchy vyvolané požíváním jiných stimulancií (včetně kofeinu)**

**F16 Poruchy vyvolané požíváním halucinogenů**

**F17 Poruchy vyvolané užíváním tabáku**

**F18 Poruchy vyvolané užíváním organických rozpouštědel**

**F19 Poruchy vyvolané požíváním několika látek a požíváním jiných psychoaktivních látek**

## **F20 – F29**

### **Schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy**

#### **F20 Schizofrenie**

*F20.0 Paranoidní schizofrenie*

*F20.1 Hebefrenní schizofrenie*

*F20.2 Katatonní schizofrenie*

*F20.3 Nediferencovaná schizofrenie*

*F20.4 Postschizofrenní deprese*

*F20.5 Reziduální schizofrenie*

*F20.6 Simplexní schizofrenie*

*F20.8 Jiná schizofrenie*

*F20.9 Schizofrenie nespecifikovaná*

#### **F21 Schizotypní porucha**

#### **F22 Trvalé duševní poruchy s bludy**

*F22.0 Porucha s bludy*

*F22.8 Jiné trvalé poruchy s bludy*

*F22.9 Trvalá porucha s bludy nespecifikovaná*

#### **F23 Akutní a přechodné psychotické poruchy**

*F23.0 Akutní polymorfní psychotická porucha bez příznaků schizofrenie*

*F23.1 Akutní polymorfní psychotická porucha s příznaky schizofrenie*

*F23.2 Akutní schizoformní psychotická porucha*

*F23.3 Jiné akutní psychotické poruchy s převahou bludů*

*F23.8 Jiné akutní a přechodné psychotické poruchy*

*F23.9 Akutní a přechodná psychotická porucha nespecifikovaná*

#### **F24 Indukovaná porucha s bludy**

#### **F25 Schizoafektivní poruchy**

*F25.0 Schizoafektivní porucha, manický typ*

*F25.1 Schizoafektivní porucha, depresivní typ*

*F25.2 Schizoafektivní porucha, smíšený typ*

*F25.8 Jiné schizoafektivní poruchy*

*F25.9 Schizoafektivní porucha nespecifikovaná*

## **F28 Jiné neorganické psychotické poruchy**

## **F29 Nespecifikovaná neorganická psychóza**

### **F30 – F39**

### **Poruchy nálady (afektivní poruchy)**

#### **F30 Manická fáze**

*F30.0 Hypomanie*

*F30.1 Mánie bez psychotických příznaků*

*F30.2 Mánie s psychotickými příznaky*

*F30.8 Jiné manické fáze*

*F30.9 Manická fáze nespecifikovaná*

#### **F31 Bipolární afektivní porucha**

*F31.0 Bipolární afektivní porucha, současná fáze hypomanická*

*F31.1 Bipolární afektivní porucha, současná fáze manická bez psychotických příznaků*

*F31.2 Bipolární afektivní porucha, současná fáze manická s psychotickými příznaky*

*F31.3 Bipolární afektivní porucha, současná fáze středně těžké nebo mírné deprese*

*F31.4 Bipolární afektivní porucha, současná fáze těžké deprese bez psychotických příznaků*

*F31.5 Bipolární afektivní porucha, současná fáze těžké deprese s psychotickými příznaky*

*F31.6 Bipolární afektivní porucha, současná fáze smíšená*

*F31.7 Bipolární afektivní porucha, současně v remisi*

*F31.8 Jiné bipolární afektivní poruchy*

*F31.9 Bipolární afektivní porucha nespecifikovaná*

#### **F32 Depresivní fáze**

*F32.0 Mírná depresivní fáze*

*F32.1 Středně těžká depresivní fáze*

*F32.2 Těžká depresivní fáze bez psychotických příznaků*

*F32.3 Těžká depresivní fáze s psychotickými příznaky*

*F32.8 Jiné depresivní fáze*

*F32.9 Depresivní fáze nespecifikovaná*

#### **F33 Periodická (rekurentní) depresivní porucha**

*F33.0 Periodická (rekurentní) depresivní porucha, současná fáze mírná*

*F33.1 Periodická (rekurentní) depresivní porucha, současná fáze středně těžká*

*F33.2 Periodická (rekurentní) depresivní porucha, současná fáze těžká bez psychotických příznaků*

*F33.3 Periodická (rekurentní) depresivní porucha, současná fáze těžká s psychotickými příznaky*

*F33.4 Periodická (rekurentní) depresivní porucha, současně v remisi*

*F33.8 Jiné periodické (rekurentní) depresivní poruchy*

*F33.9 Periodická (rekurentní) depresivní porucha nespecifikovaná*

#### **F34 Trvalé poruchy nálady (afektivní poruchy)**

*F34.0 Cyklotymie*

*F34.1 Dystymie*

*F34.8 Jiné trvalé poruchy nálady (afektivní poruchy)*

*F34.9 Trvalá porucha nálady (afektivní porucha) nespecifikovaná*

### **F38 Jiné poruchy nálady (afektivní poruchy)**

*F38.0 Jiné jediné poruchy nálady (afektivní poruchy)*

*F38.1 Jiné periodické (rekurentní) poruchy nálady (afektivní poruchy)*

*F38.8 Jiné specifikované poruchy nálady (afektivní poruchy)*

### **F39 Nespecifikovaná porucha nálady (afektivní porucha)**

## **F40 – F49**

### **Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy**

#### **F40 Fobické úzkostné poruchy**

*F40.0 Agorafobie*

*F40.1 Sociální fobie*

*F40.2 Specifické (izolované) fobie*

*F40.8 Jiné fobické úzkostné poruchy*

*F40.9 Fobická úzkostná porucha nespecifikovaná*

#### **F41 Jiné úzkostné poruchy**

*F41.0 Panická porucha (epizodická paroxysmální úzkost)*

*F41.1 Generalizovaná úzkostná porucha*

*F41.2 Smíšená úzkostně depresivní porucha*

*F41.3 Jiné smíšené úzkostné poruchy*

*F41.8 Jiné specifikované úzkostné poruchy*

*F41.9 Úzkostná porucha nespecifikovaná*

#### **F42 Obsedantně-kompulzivní porucha**

*F42.0 Převážně obsedantní myšlenky nebo ruminace*

*F42.1 Převážné nutkavé akty (kompulzivní rituály)*

*F42.2 Smíšené obsedantní myšlení a jednání*

*F42.8 Jiné obsedantně-kompulzivní poruchy*

*F42.9 Obsedantně-kompulzivní porucha nespecifikovaná*

#### **F43 Reakce na závažný stres a poruchy přizpůsobení**

*F43.0 Akutní reakce na stres*

*F43.1 Posttraumatická stresová porucha*

*F43.2 Poruchy přizpůsobení*

*F43.8 Jiné reakce na závažný stres*

*F43.9 Reakce na závažný stres nespecifikovaná*

#### **F44 Dissociativní (konverzní) poruchy**

*F44.0 Dissociativní amnézie*

*F44.1 Dissociativní fuga*

*F44.2 Dissociativní stupor*

*F44.3 Trans a stavy posedlosti*

*F44.4 Dissociativní poruchy motoriky*

*F44.5 Dissociativní křeče*

*F44.6 Dissociativní porucha citlivosti a poruchy senzorické*  
*F44.7 Smíšené dissociativní (konverzní) poruchy*  
*F44.8 Jiné dissociativní (konverzní) poruchy*  
*F44.9 Dissociativní (konverzní) porucha nespecifikovaná*

## **F45 Somatoformní poruchy**

*F45.0 Somatizační porucha*  
*F45.1 Nediferencovaná somatizační porucha*  
*F45.2 Hypochondrická porucha*  
*F45.3 Somatoformní vegetativní dysfunkce*  
*F45.4 Přetrvávající somatoformní bolestivá porucha*  
*F45.8 Jiné somatoformní poruchy*  
*F45.9 Somatoformní porucha nespecifikovaná*  
*F48 Jiné neurotické poruchy*  
*F48.0 Neurastenie*  
*F48.1 Depersonalizační a derealizační syndrom*  
*F48.8 Jiné specifikované neurotické poruchy*  
*F48.9 Neurotická porucha nespecifikovaná*

## **F50 – F59**

### **Behaviorální syndromy spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory**

#### **F50 Poruchy příjmu jídla**

*F50.0 Mentální anorexie*  
*F50.1 Atypická mentální anorexie*  
*F50.2 Mentální bulimie*  
*F50.3 Atypická mentální bulimie*  
*F50.4 Přejídání spojené s jinými psychickými poruchami*  
*F50.5 Zvracení spojené s jinými psychickými poruchami*  
*F50.8 Jiné poruchy příjmu jídla*  
*F50.9 Porucha příjmu jídla nespecifikovaná*

#### **F51 Neorganické poruchy spánku**

*F51.0 Neorganická nespavost*  
*F51.1 Neorganická hypersomie*  
*F51.2 Neorganické poruchy rytmu spánků-bdění*  
*F51.3 Somnambulismus (náměsíčnictví)*  
*F51.4 Noční děsy*  
*F51.5 Noční můry (úzkostné sny)*  
*F51.8 Jiné neorganické poruchy spánku*  
*F51.9 Neorganická porucha spánku nespecifikovaná*

#### **F52 Sexuální dysfunkce nevyvolaná organickou poruchou nebo nemocí**

*F52.0 Nedostatek nebo ztráta sexuální touhy*  
*F52.1 Odpor k sexu (sexualitě) a nedostatečné prožívání sexuální slasti*  
*F52.2 Selhání genitální odpovědi*  
*F52.3 Dysfunkční orgasmus*  
*F52.4 Předčasná ejakulace*

*F52.5 Neorganický vaginismus*

*F52.6 Neorganická dyspareunie*

*F52.7 Hypersexualita*

*F52.8 Jiná sexuální dysfunkce nevyvolaná organickou poruchou nebo nemocí*

*F52.9 Nespecifikovaná sexuální dysfunkce nevyvolaná organickou poruchou nebo nemocí*

### **F53 Duševní poruchy a poruchy chování spojené s šestinedělím neklasifikované jinde**

*F53.0 Mírné duševní poruchy a poruchy chování spojené s šestinedělím neklasifikované jinde*

*F53.1 Závažné duševní poruchy a poruchy chování spojené s šestinedělím neklasifikované jinde*

*F53.8 Jiné duševní poruchy a poruchy chování spojené s šestinedělím neklasifikované jinde*

*F53.9 Duševní porucha spojená s šestinedělím nespecifikovaná*

### **F54 Psychické a behaviorální faktory spojené s poruchami nebo chorobami klasifikovanými jinde**

### **F55 Abúzus látek nevyvolávajících závislost**

*F55.0 Antidepresiva*

*F55.1 Laxativa*

*F55.2 Analgetika*

*F55.3 Antacida*

*F55.4 Vitaminy*

*F55.5 Steroidy nebo hormony*

*F55.6 Přírodní nebo lidové preparáty*

*F55.8 Jiné látky nevyvolávající závislost*

*F55.9 Nespecifikované*

### **F59 Nespecifikované behaviorální syndromy spojené s fyziologickými dysfunkcemi a somatickými faktory**

### **F60 – F69**

### **Poruchy osobnosti a chování u dospělých**

### **F60 Specifické poruchy osobnosti**

*F60.0 Paranoidní porucha osobnosti*

*F60.1 Schizoidní porucha osobnosti*

*F60.2 Dissociální porucha osobnosti*

*F60.3 Emočně nestabilní porucha osobnosti*

*F60.4 Histriónská porucha osobnosti*

*F60.5 Anankastická porucha osobnosti*

*F60.6 Anxiózní (vyhýbavá) porucha osobnosti*

*F60.8 Jiné specifické poruchy osobnosti*

*F60.9 Porucha osobnosti nespecifikovaná*

### **F61 Smíšené a jiné poruchy osobnosti**

*F61.0 Smíšené poruchy osobnosti*

*F61.1 Nepříznivé změny osobnosti*



## **F62 Přetrvávající změny osobnosti, které nelze přisoudit hrubému poškození nebo nemoci mozku**

*F62.0 Přetrvávající změna osobnosti po katastrofické zkušenosti*

*F62.1 Přetrvávající změna osobnosti po psychickém onemocnění*

*F62.8 Jiné přetrvávající změny osobnosti*

*F62.9 Přetrvávající změna osobnosti nespecifikovaná*

## **F63 Návykové a impulzivní poruchy**

*F63.0 Patologické hráčství*

*F63.1 Patologické zakládání požárů (pyromanie)*

*F63.2 Patologické kradení (kleptomanie)*

*F63.3 Trichotillomanie*

*F63.8 Jiné návykové a impulzivní poruchy*

*F63.9 Návyková a impulzivní porucha nespecifikovaná*

## **F64 Poruchy pohlavní identity**

*F64.0 Transsexualizmus*

*F64.1 Transvestitizmus dvojí role*

*F64.2 Porucha pohlavní identity v dětství*

*F64.8 Jiné poruchy pohlavní identity*

*F64.9 Porucha pohlavní identity nespecifikovaná*

## **F65 Poruchy sexuální preference**

*F65.0 Fetišizmus*

*F65.1 Fetišistický transvestitizmus*

*F65.2 Exhibicionizmus*

*F65.3 Voyerství*

*F65.4 Pedofilie*

*F65.5 Sadomasochizmus*

*F65.6 Mnohočetné poruchy sexuální preference*

*F65.8 Jiné poruchy sexuální preference*

*F65.9 Porucha sexuální preference nespecifikovaná*

## **F66 Psychické a behaviorální poruchy spojené se sexuálním vývojem a orientací**

*F66.0 Porucha sexuálního vyzrání*

*F66.1 Egodystonická sexuální orientace*

*F66.2 Porucha sexuálních vztahů*

*F66.8 Jiné poruchy psychosexuálního vývoje*

*F66.9 Porucha psychosexuálního vývoje nespecifikovaná*

## **F68 Jiné poruchy osobnosti a chování u dospělých**

*F68.0 Zpracovávání tělesných symptomů z psychických důvodů*

*F68.1 Záměrné vyvolávání nebo předstírání somatických nebo psychických symptomů nebo tělesné či psychické neschopnosti (předstíraná porucha)*

*F68.8 Jiné specifikované poruchy osobnosti a chování u dospělých*

**F69 Nespecifikovaná porucha osobnosti a chování u dospělých**

***F70 – F79 Mentální retardace (duševní opoždění)***

**F70 Lehká mentální retardace**

**F71 Středně těžká mentální retardace**

**F72 Těžká mentální retardace**

**F73 Hluboká mentální retardace**

**F78 Jiná mentální retardace**

**F79 Nespecifikovaná mentální retardace**

***F80 – F89 Poruchy psychického vývoje***

**F80 Specifické vývojové poruchy řeči a jazyka**

*F80.0 Specifická porucha artikulace řeči*

*F80.1 Expresivní porucha řeči*

*F80.2 Receptivní porucha řeči*

*F80.3 Získaná afázie s epilepsií (Landauův-Kleffnerův syndrom)*

*F80.8 Jiné vývojové poruchy řeči a jazyka*

*F80.9 Vývojová porucha řeči a jazyka nespecifikovaná*

**F81 Specifické vývojové poruchy školních dovedností**

*F81.0 Specifická porucha čtení*

*F81.1 Specifická porucha psaní*

*F81.2 Specifická porucha počítání*

*F81.3 Smíšená porucha školních dovedností*

*F81.8 Jiné vývojové poruchy školních dovedností*

*F81.9 Vývojová porucha školních dovedností nespecifikovaná*

**F82 Specifická vývojová porucha motorické funkce**

**F83 Smíšené specifické vývojové poruchy**

**F84 Pervazivní vývojové poruchy**

*F84.0 Dětský autizmus*

*F84.1 Atypický autizmus*

*F84.2 Rettův syndrom*

*F84.3 Jiná dezintegrační porucha v dětství*

*F84.4 Hyperaktivní porucha spojená s mentální retardací a stereotypními pohyby*

*F84.5 Aspergerův syndrom*

*F84.8 Jiné pervazivní vývojové poruchy*

*F84.9 Pervazivní vývojová porucha nespecifikovaná*

## **F88 Jiné poruchy psychického vývoje**

## **F89 Nespecifikovaná porucha psychického vývoje**

### **F90 – F98**

### **Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v adolescenci**

#### **F90 Hyperkinetické poruchy**

*F90.0 Porucha aktivity a pozornosti*

*F90.1 Hyperkinetická porucha chování*

*F90.8 Jiné hyperkinetické poruchy*

*F90.9 Hyperkinetická porucha nespecifikovaná*

#### **F91 Poruchy chování**

*F91.0 Porucha chování ve vztahu k rodině*

*F91.1 Nesocializovaná porucha chování*

*F91.2 Socializovaná porucha chování*

*F91.3 Porucha opozičního vzdoru*

*F91.8 Jiné poruchy chování*

*F91.9 Porucha chování nespecifikovaná*

#### **F92 Smíšené poruchy chování a emocí**

*F92.0 Depresivní porucha chování*

*F92.8 Jiné smíšené poruchy chování a emocí*

*F92.9 Smíšená porucha chování a emocí nespecifikovaná*

#### **F93 Emoční poruchy se začátkem specifickým pro dětství**

*F93.0 Separační úzkostná porucha v dětství*

*F93.1 Fobická úzkostná porucha v dětství*

*F93.2 Sociální úzkostná porucha v dětství*

*F93.3 Porucha sourozenecké rivality*

*F93.8 Jiné emoční poruchy v dětství*

*F93.9 Emoční porucha v dětství nespecifikovaná*

#### **F94 Poruchy sociálních vztahů se vznikem specifickým pro dětství a adolescenci**

*F94.0 Elektivní mutismus*

*F94.1 Reaktivní porucha příchyllosti v dětství*

*F94.2 Dezinhibovaná příchyllost v dětství*

*F94.8 Jiné poruchy sociálních vztahů v dětství*

*F94.9 Porucha sociálních vztahů v dětství nespecifikovaná*

#### **F95 Tikové poruchy**

*F95.0 Přejídná tiková porucha*

*F95.1 Chronická motorická nebo vokální tiková porucha*

*F95.2 Kombinovaná vokální a mnohočetná motorická tiková porucha (Tourettův syndrom)*

*F95.8 Jiné tikové poruchy*

*F95.9 Tiková porucha nespecifikovaná*

## **F98 Jiné poruchy chování a emocí začínající obvykle v dětství a v adolescenci**

*F98.0 Neorganická enuréza*

*F98.1 Neorganická enkopréza*

*F98.2 Porucha příjmu jídla v útlém a dětském věku*

*F98.3 Pika infantilní a v dětství*

*F98.4 Poruchy se stereotypními pohyby*

*F98.5 Koktavost (zadržávání)*

*F98.6 Breptavost*

*F98.8 Jiné specifikované poruchy chování a emocí začínající obvykle v dětství a v adolescenci*

*F98.9 Nespecifikované poruchy chování a emocí začínající obvykle v dětství a v adolescenci*

## **F99 Duševní porucha jinde nespecifikovaná**